

## BÉNÉFICIER DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE ?

*Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la République Démocratique du Congo*

Auteurs :

Jean-Pierre GUENGANT,  
Démographe,  
Directeur de recherche émérite à l'IRD,  
Unité Mixte de Recherche  
« Développement et Sociétés »,  
Université Paris I, Sorbonne,  
Responsable scientifique

José MANGALU MOBHE AGBADA,  
Département des sciences de la  
population et du développement,  
Université de Kinshasa

Nicaise MAVULA BANDA,  
Démographe,  
Consultant

Étude financée par la Banque Mondiale  
(PARSS) et l'AFD



PARSS  
Unité de Coordination du Projet PARSS  
Concession INRB, Avenue Tombalbaye  
Kinshasa, République Démocratique du Congo

Agence Française de Développement (AFD)  
5, rue Roland Barthes - 75598  
Paris cedex 12, France

Unité Mixte de Recherche « *Développement et Sociétés* »,  
IRD / Université Paris I, Sorbonne  
45 bis avenue de la Belle Gabrielle  
94736 Nogent-sur-Marne cedex

Octobre 2014

## AVANT-PROPOS

Les bonnes performances économiques qu'a connues notre pays ces dernières années nous permettent d'envisager un avenir meilleur pour tous les Congolais après tant d'années de souffrance. Dans notre effort de reconstruction du pays afin d'arriver à un développement durable et plus inclusif que par le passé, la dimension démographique doit être incontestablement prise en compte.

Au regard des données actuelles disponibles pour la République Démocratique du Congo, la croissance de la population congolaise est estimée actuellement à environ 3,0 % par an. Compte tenu de la jeunesse de notre population, cette croissance va se poursuivre. Ceci est la conséquence d'une fécondité de plus de six enfants par femme, ce qui reste élevé, et d'une utilisation de la contraception moderne qui est l'une des plus faibles du monde.

Nous devons prendre conscience des devoirs que cette situation nous impose pour répondre aux besoins et aux attentes des Congolais de tous âges. Parmi ceux-ci les nombreux jeunes qui vont entrer sur le marché du travail ces prochaines années doivent retenir toute notre attention. Il conviendra en particulier de mobiliser toutes nos énergies et tous les moyens possibles pour assurer à ces jeunes un avenir meilleur que celui que la vie a réservé à leurs parents. Cela veut dire, s'assurer que tous ces jeunes puissent espérer avoir un emploi décent, et leur permettre de s'exprimer et de participer à la formulation des politiques, plans et programmes qui les concernent. Cela veut dire aussi leur permettre de mieux maîtriser leur destin au travers de comportements sexuels et reproductifs responsables qui assureront aux générations futures des perspectives encore plus favorables.

L'étude et les analyses présentées ici sous le titre « Bénéficiaire du dividende démographique : replacer la population au centre des trajectoires de développement de la République Démocratique du Congo » constitue un approfondissement d'autres études du même type conduites dans d'autres pays africains.

Le Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo, est heureux d'avoir apporté sa contribution à la réalisation de cette étude, grâce à l'appui du PARSS et de l'AFD. Ce document bien étayé et argumenté, à vision multisectorielle, comme le « Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020) » en matière de planification familiale que le Ministère de la Santé Publique a adopté en janvier 2014, comporte de nombreuses références qui seront utiles à tous les acteurs du champ sanitaire, social, économique et à la société civile, afin d'avoir une vision du développement à la une de la maîtrise des flux démographiques. Il sera également fort utile pour le Ministère de la Santé Publique, aussi bien à un niveau décisionnel, qu'aux autres niveaux de la pyramide sanitaire du pays.

Tout en prenant la mesure des difficultés de la mise en œuvre pratique des orientations et recommandations issues de cette étude, je suis convaincu que tout développement d'un programme de santé au profit de la femme, de la mère, de l'enfant et plus largement de la famille congolaise devra s'inspirer et s'intégrer dans cette vision d'une démographie responsable et maîtrisée.

Je tiens, au nom du Gouvernement, à adresser mes sincères remerciements aux auteurs de l'étude, M. Jean-Pierre GUENGANT, démographe responsable scientifique de l'Unité Mixte de Recherche « Développement et Sociétés », et à M. José MANGALU MOBHE AGBADA, démographe du Département des Sciences de la Population et du Développement de l'Université de Kinshasa ainsi qu'à M. Nicaise MAVULA BANDA, démographe Consultant National Santé de la Reproduction.

Je réitère ces mêmes remerciements au PARSS, et à travers lui à la Banque mondiale, sous la conduite de Madame HADIA SAMAHA, Spécialiste Principale des Opérations et Chargée de Projet, et à l'AFD et aux divers Ministères et départements qui, au travers des discussions et le partage de leurs documents, ont contribué à l'élaboration du document issu de cette étude

Enfin, j'exprime ma gratitude à mes collaborateurs qui ont également contribué à l'élaboration de document.

Ministre de la Santé publique

**Dr Felix KABANGE NUMBI MUKWAMPA**

---

## Avertissement

La présente étude, intitulée *Bénéficiaire du dividende démographique ? Replacer la démographie au centre des trajectoires de développement de la République Démocratique du Congo*, fait suite à l'étude *Population, développement et dividende démographique au Tchad*, publiée en mars 2013.

Ces deux études représentent un approfondissement des 12 études produites en 2011 dans le cadre du projet : « Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les huit pays de l'UEMOA (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal, Togo), ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigéria ». Ces études avaient été préparées à l'occasion de la conférence *Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir*, qui s'est tenue à Ouagadougou en février 2011.

Une synthèse de ces 12 études a été publiée en français par l'AFD et l'IRD dans la collection « À Savoir » de l'AFD, sous le titre : *Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'au Ghana, en Guinée, en Mauritanie et au Nigéria* (« À Savoir » n° 9, septembre 2011), et en anglais sous le titre : *How Can We Capitalize on the Demographic Dividend? Demographics at the Heart of Development Pathways. Synthesis of studies conducted in WAEMU countries and in Ghana, Guinea, Mauritania and Nigeria* (« À Savoir » n° 9, mars 2012).

Ces publications sont accessibles gratuitement sur le site de l'AFD au lien suivant : <http://www.afd.fr/home/publications/travaux-de-recherche/publications-scientifiques/a-savoir>, et l'étude Tchad est accessible au lien suivant : [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers13-06/010057789.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-06/010057789.pdf).

La présente étude sur la République Démocratique du Congo a été commanditée conjointement par le *Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé (PARSS)*, financé par la Banque mondiale, et par l'AFD.

**Les analyses et conclusions contenues dans le présent document sont formulées sous la responsabilité de leurs auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue du PARSS, de l'AFD ou de leurs institutions partenaires.**

---

---

## Remerciements

Qu'il nous soit permis de remercier ici, parmi les nombreuses personnes qui ont facilité la réalisation, la rédaction, et la publication de cette étude :

- Au Ministère de la Santé Publique : Monsieur le Docteur Thomas KATABA NDIREYATA, Expert en santé publique à la Direction des études et de la planification (DEP) ; et au Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), Madame la Docteure Marie Thérèse KYUNGU BANZA, Directrice, et Monsieur le Docteur Lamy MITHANO, Directeur adjoint ;
- À l'Unité de coordination du PARSS, Monsieur Jacques WANGATA, Coordonnateur du Projet, Monsieur Adoum DJIBRINE, Coordonnateur adjoint et Madame Cathy KANKU, Secrétaire de direction ;
- A la Banque mondiale : Madame Hadia Samaha, Spécialiste principale Chargée de projet et toute son équipe.
- À l'AFD : Madame Nathalie BOUGNOUX, Chargée de mission Migration et Démographie à l'AFD Paris, Monsieur Christian YOKA, Directeur de l'agence AFD de Kinshasa, et son successeur Monsieur Jean-Christophe MAURIN, et Madame Virginie LEROY-SAUDUBRAY, Directrice adjointe jusqu'en juin 2014 ;
- Au FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population) : Monsieur Richard AKAM, Représentant du FNUAP en RDC, et Madame Diène KEITA, qui lui a succédé, Monsieur Kishimba NGOY, Représentant adjoint, Monsieur Théophile NEMUANDJARE, Chargé de programme en planification familiale, et Monsieur Assane BA, Chargé de la communication et du plaidoyer ;
- À l'Université de Tulane : Madame Jane BERTRAND, Professeure à l'École de santé publique et de médecine tropicale, et Monsieur Arsène BINANGA, Directeur des projets en planification familiale de l'Université de Tulane en RDC ;
- À C-Change : Madame Flora CHIRWISA, Chargée de la planification familiale ;
- À l'USAID : Madame Meri SINNITT, Directrice du Bureau de la Santé ; et Monsieur Thibaut MUKABA, Chargé de la santé reproductive et de la planification familiale ;
- À l'IRD, Madame Marie-Lise SABRIE, Directrice de la communication ;

Ainsi que Monsieur Luc HALLADE, Ambassadeur de France en République Démocratique du Congo, et toutes les personnes en RDC qui, à des titres divers, nous ont aidés et encouragés tout au long de cette étude.

---

## Contexte et méthodologie de cette étude

Contrairement à une idée reçue, le futur démographique de l'Afrique subsaharienne n'est pas écrit. Selon les dernières projections de population des Nations Unies mises en ligne en juin 2013, la population de l'Afrique subsaharienne, estimée à 925 millions d'habitants en 2014, pourrait se situer entre 1,8 milliard et 2,3 milliards d'habitants en 2050, selon que la fécondité baissera d'environ 5 enfants en moyenne par femme en 2010, à 2,6 ou 3,6 enfants par femme en 2050. En 2100, la population de l'Afrique subsaharienne pourrait se situer entre 2,6 milliards et 5,4 milliards d'habitants, selon que la fécondité moyenne sera alors de 1,6 ou de 2,6 enfants par femme. Ces hypothèses supposent cependant une augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception d'environ 1 à 1,5 point de pourcentage par an dans les 15 ou 20 prochaines années. Or, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui représentent plus de la moitié de la population d'Afrique subsaharienne, l'augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception moderne au cours des 20 dernières années a été égale ou inférieure à 0,5 point de pourcentage par an.

Au regard des données actuelles disponibles pour la République Démocratique du Congo, ou RDC, la croissance de la population va se poursuivre, quelles que soient les hypothèses de baisse de la fécondité retenues. Cette croissance future sera la conséquence de la jeunesse actuelle de la population, d'une fécondité qui en 2014 est toujours très élevée (plus de 6 enfants par femme), et de la faiblesse de l'utilisation de la contraception moderne, qui reste inférieure à 10 % chez les femmes en union, ce qui classe la RDC parmi les pays du monde ayant la plus forte fécondité et la plus faible utilisation de la contraception moderne.

Les enjeux sociaux, économiques et politiques associés aux diverses trajectoires démographiques touchent une partie importante de la population, et notamment les mères et les enfants. Il s'agit également, en RDC comme ailleurs, de la capacité de l'État et des pouvoirs locaux à élaborer et à mettre en œuvre des politiques efficaces pour un développement durable, la préservation de l'environnement, et la prévention des conflits. Mais il s'agira aussi pour l'État d'assurer la sécurité des biens et des personnes, d'équiper et de gérer un nombre croissant d'agglomérations, et d'accompagner l'émergence d'une économie urbaine dynamique.

Plusieurs horizons temporels ont été adoptés pour la réalisation de cette analyse. Tout d'abord, chaque fois que possible, l'objectif a été de retracer, à travers divers indicateurs, les évolutions démographiques, économiques et sociales depuis 1960, année de l'indépendance. Les résultats obtenus permettent de mesurer l'ampleur des efforts réalisés, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé, deux composantes essentielles du capital humain. Mais cette analyse permet aussi d'appréhender l'ampleur des efforts qui restent à accomplir, à travers les résultats des projections démographiques réalisées dans le cadre de cette étude. Ces projections, qui couvrent la période 2010-2050, ont été faites avec diverses hypothèses. Les résultats obtenus à l'horizon 2050 n'ont pas d'autre objectif que d'esquisser divers futurs possibles à 36 ans d'échéance, c'est-à-dire « après-demain », et d'amorcer une réflexion à ce sujet. Mais les résultats obtenus pour 2020 et 2030, c'est-à-dire « demain », mettent en évidence à la fois les tendances lourdes, incontournables, auxquelles il faudra bien s'adapter, et les marges de manœuvre possibles pour influencer la dynamique démographique et satisfaire plus ou moins bien les besoins des populations, notamment en santé et en éducation. L'analyse de diverses politiques et de plusieurs programmes (publics et privés) passés ou en cours, complète l'analyse des données, avec le souci de permettre, en 2015 et après, l'élaboration de nouvelles politiques et de nouveaux programmes s'appuyant davantage que par le passé, sur les données et sur une réflexion sur la place qu'il convient d'accorder au facteur démographique.

Les données utilisées pour réaliser la présente étude sont diverses. Elles comprennent les données publiées par les institutions nationales, et les données disponibles au niveau international. Chaque fois que possible, cependant, les données nationales, lorsqu'elles étaient accessibles, ont été privilégiées. Les références des bases de données internationales utilisées sont indiquées dans la présente publication. Les plus utilisées ont été celles de la Division de la population des Nations Unies, de la Banque mondiale, et de *Measure DHS et MICS* (pour les Enquêtes démographiques et de santé ainsi que les Enquêtes par grappes à indicateurs multiples). En ce qui concerne les stratégies, les politiques, les plans et programmes dans les domaines de la population, de la santé, de la santé reproductive, ou de la réduction de la pauvreté, et les autres politiques sectorielles (éducation, agriculture, approvisionnement en eau potable, accès à des systèmes d'assainissement,

aménagement du territoire), chaque fois que possible, ont été utilisés les documents originaux émanant des Ministères ou autres services officiels nationaux. De même, concernant les activités des partenaires internationaux et privés en matière de population et santé de la reproduction en RDC, les documents utilisés sont ceux qui nous ont été fournis par chacun des partenaires, ou ceux qui ont pu être consultés sur leurs sites internet. Les sources et références exactes de ces documents sont également précisées. Enfin, une attention particulière a été portée aux publications récentes concernant les relations entre population et développement ainsi que le dividende démographique. Nous avons donc recherché les publications majeures et les publications les plus récentes (2013 et 2014) sur le sujet, et indiqué à chaque fois leurs références exactes, ainsi que les sites internet où, dans la plupart des cas, ces publications pouvaient être téléchargées, ceci afin que les personnes intéressées puissent les consulter.

Malgré notre souci de partager un maximum d'informations collectées dans le cadre de ce travail, et d'indiquer systématiquement nos sources, omissions et erreurs restent toujours possibles. D'aucuns pourront ainsi regretter que certains documents majeurs, anciens ou récents, n'aient pas été cités. Par ailleurs, certains domaines pourtant étroitement liés à la population, tel que l'environnement, n'ont pas été traités. Nous regrettons ces limitations, mais il était difficile de prétendre à l'exhaustivité dans un domaine aussi vaste que celui des relations entre population et développement.

De manière générale, les données et documents utilisés dans cette étude sont ceux qui étaient disponibles au second semestre 2013, mais ont également pu être utilisés certains documents rendus publics ou publiés début 2014.

Dans de nombreux cas les estimations les plus récentes sont relatives ou antérieures à 2010. Mais dans certains cas, des données étaient disponibles pour 2013 et 2014. Par ailleurs, certains changements importants s'étant produits début 2014, n'ont pas toujours pu être pris en compte, tandis que dans certains domaines, de nouvelles stratégies, politiques, plans, ou programmes, ont pu être adoptés très récemment sans que nous en ayons eu connaissance. Ces deux limitations des données quelquefois anciennes et des documents récents non pris en compte, sont susceptibles d'affecter les analyses, commentaires et interprétations de certaines parties de cette étude. Nous prions lectrices et lecteurs de bien vouloir nous en excuser par avance, même s'il s'agit là d'une contrainte habituelle dans ce type de travail.

---

### **RD Congo : une croissance démographique rapide depuis l'indépendance**

Après une longue période de stagnation autour de 10 millions d'habitants au début du 20<sup>e</sup> siècle, la population de la République Démocratique du Congo (RDC) a commencé à croître après la fin de la Seconde Guerre mondiale. Sa population était ainsi de 15 millions d'habitants en 1960, année de l'indépendance. Elle est estimée en 2014 aux alentours de 70 à 80 millions d'habitants selon la source, et sa croissance est d'environ 3 % par an, ce qui correspond à un accroissement annuel de plus de deux millions de personnes.

Cette accélération de la croissance démographique de la RDC est avant tout la conséquence d'une fécondité élevée, qui s'est maintenue, de l'indépendance à nos jours, au dessus de 6 enfants par femme, et qui situe la RDC parmi les 10 pays ayant la plus forte fécondité au monde. La mortalité reste élevée, et plus de 400 000 personnes vivent avec le VIH/sida en 2014. Les troubles et les guerres, et les flux et reflux de réfugiés qui ont affecté la RDC ces dernières décennies ont également eu un impact sur la population, mais le moteur principal de la dynamique démographique reste bien la fécondité.

Avec une multiplication par cinq de sa population depuis l'indépendance, le territoire de la RDC s'est rempli. Cependant, la densité moyenne du pays, de l'ordre de 30 habitants par kilomètre carré reste modeste, et beaucoup continuent de considérer que le pays est sous-peuplé. Cela dit, selon les données imparfaites aujourd'hui disponibles, les disparités entre provinces, et plus encore entre districts, sont considérables. Les densités les plus élevées, d'environ 80 à 100 habitants et plus par kilomètre carré, sont observées à l'Est dans le Nord-Kivu et le Sud-Kivu, qui, ces dernières années, ont également vu affluer nombre de réfugiés en provenance des pays voisins. La densité de la population est également élevée dans le Bas-Congo, de 70 à 100 habitants par kilomètre carré selon la source. Par contre, des densités faibles de 10 à 20 habitants par kilomètre carré prévalent toujours au Katanga, dans l'Équateur, dans la Province Orientale et dans le Maniema. La réalisation d'un deuxième recensement de la population, après celui de 1984, programmé pour 2015, permettra de mettre à jour ces estimations.

Si la population totale a été multipliée par cinq, depuis l'indépendance, la population urbaine a été multipliée par sept, et celle de Kinshasa par plus de vingt. La population de Kinshasa serait ainsi passée de moins d'un demi million d'habitants en 1960, à plus ou moins 10 millions d'habitants en 2014. La population des autres capitales provinciales a également fortement augmenté. Ainsi, les populations de Lubumbashi (Katanga), Mbuji-Mayi (Kasaï Oriental), Kananga (Kasaï Occidental) et Kisangani (Province Orientale) dépasseraient aujourd'hui le million d'habitants ou seraient proches d'un million d'habitants. La RDC compterait ainsi cinq villes millionnaires, totalisant 15 millions d'habitants, dont les deux tiers se trouvent à Kinshasa.

La RDC reste néanmoins un pays majoritairement rural, puisqu'environ deux Congolais sur trois vivent en milieu rural. Mais la croissance plus rapide des villes devrait conduire vers 2040 à un basculement urbain, la population urbaine dépassant alors la population rurale.

La croissance démographique des dernières décennies a conduit au doublement de la population tous les 20-25 ans selon les provinces, et tous les 15 ans dans le cas de Kinshasa. Faire face à des augmentations aussi importantes suppose une rapidité exceptionnelle d'adaptation des populations et des autorités, mais également des moyens importants, qui par le passé, ont souvent fait défaut. Il est vrai que la RDC dispose toujours, du moins dans certaines provinces, d'espaces disponibles pour une mise en valeur agricole ou autre. Cependant, dans nombre de cas, d'importants travaux d'assainissement et d'infrastructures (y compris le développement de moyens de communication) sont nécessaires pour faciliter le peuplement des zones aujourd'hui peu densément peuplées. Il faut toutefois noter que la tendance actuelle est plutôt celle d'un mouvement vers les villes plutôt que vers les zones rurales.

### **Une croissance démographique inéluctable d'ici 2050 et même d'ici 2100**

La croissance démographique rapide de la RDC va se poursuivre quelles que soient les hypothèses retenues en matière d'évolution de la fécondité, de la mortalité, et des migrations internationales. En effet, la jeunesse de la population congolaise, les niveaux toujours élevés de fécondité, et la

diminution attendue des niveaux de mortalité, garantissent à la RDC la poursuite d'une croissance démographique importante d'ici 2050 et même d'ici 2100.

Deux Congolais sur trois ont aujourd'hui moins de 25 ans. La fécondité étant restée supérieure à 6 enfants par femme, ces jeunes sont trois fois plus nombreux que leurs parents. Ils sont les parents de demain, et du fait de leur importance, ils sont en effet 45 millions en 2014, le nombre de naissances (3,1 millions en 2014) ne diminuera pas, même si les jeunes générations ont moins d'enfants que leurs parents. Par ailleurs, la maîtrise par les femmes congolaises de leur fécondité, qui suppose une utilisation volontaire accrue de la contraception moderne, ne se fera pas immédiatement. Dans les pays émergents, le passage d'un régime démographique traditionnel, comme celui de la RDC d'aujourd'hui, caractérisé par des niveaux élevés de fécondité et de mortalité, à un régime démographique moderne, avec des niveaux consciemment maîtrisés de fécondité et la quasi suppression de l'impact meurtrier des maladies transmissibles, est un processus qui s'est étalé sur une quarantaine d'années. Mais, le passage à un régime démographique moderne ne signifie pas pour autant que la population diminue, sauf dans les cas exceptionnels où la fécondité se maintient pendant de nombreuses décennies bien en dessous de deux enfants par femme.

Les projections de population réalisées dans le cadre de cette étude indiquent pour toutes les hypothèses que la population de la RDC sera d'au moins 100 millions d'habitants en 2030, et les projections des Nations Unies arrivent au même résultat. L'accroissement futur de la population congolaise dépendra ensuite essentiellement de l'évolution de la fécondité. Ainsi, en supposant, une diminution de la fécondité de 6,3 enfants par femme en 2013 à 2,2 enfants par femme en 2050, la population de la RDC serait alors d'environ 140 millions, soit plus ou moins le double de la population actuelle. Et elle continuerait de s'accroître pendant plusieurs décennies, même si la fécondité diminuait au dessous de 2 enfants par femme. Mais, si on suppose une diminution plus lente de la fécondité à 4,4 enfants par femme en 2050, la population de la RDC serait alors proche de 200 millions (185 millions). Puis, à l'horizon 2100, les projections des Nations Unies pour la RDC donnent une population de 260 millions d'habitants pour une fécondité de 2 enfants par femme en moyenne, de 380 millions d'habitants pour une fécondité de 2,5 enfants par femme, et de 1,2 milliard d'habitants pour une fécondité se maintenant à 6,0 enfants par femme jusqu'en 2100.

Ces différentes projections conduisent aussi à des augmentations plus ou moins rapides de la population urbaine et des grandes villes du pays. A l'horizon 2050, selon les hypothèses considérées, la population de Kinshasa pourrait se situer entre 25 et 35 millions d'habitants, et le pays pourrait alors compter 12 villes millionnaires, où résiderait plus du tiers de la population totale du pays. Malgré les incertitudes attachées à ces projections, il est clair que l'extension et l'amélioration des infrastructures urbaines (assainissement, alimentation en eau et en électricité, logements, transports urbains, etc.) de ces villes, et des autres centres urbains, requerront des moyens considérables et constitueront l'un des défis majeurs auquel le pays sera confronté.

Au delà des chiffres de population totale, la différence essentielle entre ces projections réside dans les évolutions différentes du nombre de naissances et la modification progressive des structures par âge. En effet, avec les diminutions les plus rapides de fécondité envisagées, le nombre de naissances se stabilise plus ou moins rapidement, et par ricochet, la proportion de jeunes de moins de 20 ans à la charge de leurs parents qui travaillent, diminue. Dans les pays émergents, la stabilisation des naissances et de la proportion de jeunes a généré un « gain fiscal » grâce à l'élimination des dépenses en santé et en éducation imputables auparavant à l'augmentation continue du nombre de naissances et de jeunes. Parallèlement, l'augmentation des effectifs en âge de travailler a réduit le nombre de dépendants par actif ou taux de dépendance, et a ouvert une « fenêtre d'opportunité démographique », plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain. Ces pays ont ainsi pu bénéficier, sous conditions, du « dividende démographique » consécutif aux changements de leurs structures par âge. Ce dividende démographique a conforté leur croissance économique, leur a permis d'élever le niveau de vie de leurs populations et de réduire la pauvreté, et donc de devenir des pays émergents.

## **La croissance économique est revenue, mais la croissance n'est pas le développement**

Après des décennies de croissance économique médiocre, et de recul de son PIB par tête, la RDC a retrouvé en 2005 un PIB en termes réels équivalent à celui qu'elle avait en 1960. Le PIB par tête en termes réels a augmenté lui aussi, mais il restait en 2012 inférieur de plus de moitié à son niveau en 1960.

Avec une croissance économique moyenne de 6,2 % par an entre 2005 et 2012, la RDC fait partie des 17 pays d'Afrique subsaharienne sur 46 qui ont eu, au cours de cette période, une croissance supérieure à 6 % par an. Mais, comme le note le *Rapport 2012* de la Banque africaine de développement, la forte croissance enregistrée ces dernières années dans de nombreux pays africains a été largement tirée par les cours élevés des matières premières, et elle n'a pas été « inclusive » c'est-à-dire qu'elle n'a pas profité de la même manière à tous les secteurs économiques, à toutes les régions, ni à toutes les catégories de la population. De fait, la croissance économique récente de la RDC est surtout la conséquence des revenus tirés du secteur minier et de l'exploitation forestière. Aussi, elle ne semble pas avoir réduit de manière marquée la pauvreté qui touchait en 2005-2006, entre 70 % et 90 % des Congolais selon la source retenue. La croissance économique ne semble pas non plus avoir beaucoup profité aux jeunes, qui sont restés confrontés à un sous-emploi et à un chômage importants. Par ailleurs, le maintien d'une forte croissance démographique a freiné l'élévation du niveau de vie de la population. C'est ainsi que la moitié du gain de 6,2 % par an enregistré entre 2005 et 2012 a été « absorbée » par la croissance démographique, le PIB par tête n'ayant augmenté en moyenne que de 3,3 % par an au cours de cette période.

Compte tenu de l'immensité de son territoire, de ses richesses minières considérables, et de son potentiel agricole, la RDC peut cependant entrevoir le futur avec optimisme. Mais, réaliser ce potentiel ne sera pas tâche facile, car dans le secteur minier et le secteur forestier et agricole, la RDC devra s'assurer que les activités de ces secteurs sont durables et respectent l'environnement. Elle devra également gérer au mieux les revenus qu'elle tirera de ces activités. Les performances de l'économie congolaise dépendent aussi beaucoup de facteurs extérieurs. Ainsi, depuis la fin de la guerre en 2002, l'aide officielle au développement a été importante, et a représenté en moyenne 25 % du revenu intérieur brut entre 2004 et 2012, et 28 % pour les trois dernières années connues 2010-2011-2012. Les investissements directs étrangers, ont représenté quant à eux 10 % du PIB entre 2003 et 2012, et 16 % pour les trois dernières années connues 2010-2011-2012. Cette dépendance financière fragilise l'économie congolaise et s'ajoute à sa dépendance aux prix des marchés internationaux pour ses exportations de produits de base et pour ses importations de produits industriels et alimentaires. Cela explique pourquoi la RDC a été l'un des pays d'Afrique les plus touchés par la crise financière mondiale de 2008-2009.

Il faut évidemment se réjouir de la reprise récente de la croissance économique en RDC, et les prévisions économiques à court terme restent optimistes. La croissance annuelle moyenne pour 2010-2012 est ainsi de 7,1 % par an, et le FMI table sur une croissance moyenne de 7,3 % par an pour 2013-2014-2015.

Mais, la croissance du PIB et du PIB par tête, ne sont pas tout, et la croissance n'est pas le développement. Le développement peut en effet être défini comme un processus endogène et cumulatif de progrès de productivité, et de réduction des inégalités à long terme. Il suppose donc entre autres une main d'œuvre employée éduquée, en bonne santé, et productive.

### **Le casse tête de l'emploi : créer 7,4 millions d'emplois « décents » d'ici 2020**

L'un des héritages les plus lourds de la forte croissance démographique passée, concerne l'emploi, en particulier l'emploi des jeunes.

Les effectifs des 15 à 24 ans, qui sont des entrants sur le marché du travail, devraient en effet passer de près de 14 millions en 2014, à 16,3 millions en 2020, et à plus de 24 millions en 2035. Si l'on fait l'hypothèse que chaque année, un dixième d'entre eux se porte sur le marché du travail et que leur taux d'activité est de 70 %, l'on obtient un effectif de 970 000 candidat-e-s à un emploi en 2014, 1,1 million en 2020, et 1,7 million en 2035. Ces chiffres conduisent à un total de 7,4 millions d'emplois à trouver ou à créer entre 2014 et 2020, et de 22 millions d'emplois à trouver ou à créer entre 2021 et 2035. Cette évolution est inéluctable, puisque presque toutes ces personnes sont déjà nées.

Les années d'instabilité qu'a connues le pays, ont poussé la plupart des actifs dans l'agriculture de subsistance et le secteur informel, qui représentent aujourd'hui environ 90 % de l'emploi total. Pour l'ensemble du pays, le chômage reste relativement faible (moins de 4 %), car le chômage d'attente de l'emploi désiré est un luxe pour la plupart des jeunes, qui doivent subvenir à leurs besoins et aider leur famille, et se voient donc contraints d'accepter des emplois insuffisamment rémunérés et sans réelle perspectives d'avenir.

Les données de l'*Enquête 1-2-3* réalisée en RDC en 2004-2005, confirment la difficile transition des jeunes Congolais vers un emploi « décent ». C'est ainsi qu'en milieu rural, vers leur 30<sup>e</sup> anniversaire, seuls 2 % des hommes et moins de 1 % des femmes avaient un emploi de type formel ou « moderne », tandis que 84 % des hommes et 80 % des femmes avaient un emploi de type informel. Le reste était constitué de jeunes inactifs ou continuant leurs études, le chômage ne concernant que 1 % à 2 % des jeunes ruraux. La situation était un peu meilleure, si l'on peut dire, en milieu urbain, mais surtout à Kinshasa. Ainsi, vers leur 30<sup>e</sup> anniversaire, 15 % des Kinois, contre moins de 3 % des Kinoises, avaient un emploi de type formel ou « moderne », un peu moins de 30 % des Kinois aussi bien que des Kinoises, avaient un emploi de type informel, tandis que 15 % des Kinois, et 5 % des Kinoises, étaient au chômage. Par ailleurs, l'inactivité était très élevée et touchait 30 % des hommes et le double, soit 60 %, des femmes. Enfin 14 % des Kinois, et 7 % des Kinoises, suivaient toujours des études, ou étaient en formation.

L'ajustement à cette situation de sous-emploi massif, qui comprend donc le sous-emploi des personnes occupées, le chômage proprement dit, et l'inactivité subie, sera difficile, en particulier pour les jeunes urbains et les diplômés, dont les attentes sont élevées. Cette situation présente une menace en termes de conflits et d'instabilité sociale, car elle pèse sur les conditions de vie des familles dont les jeunes générations restent à charge, en dépit des investissements réalisés pour leur donner accès à l'éducation. Le retour sur éducation est en effet faible, et l'est d'autant plus dans le cas des zones rurales. Permettre à tous ceux et celles qui le souhaitent d'accéder à un emploi « décent » dans les 10 ou 20 ans qui viennent constitue donc un défi majeur et incontournable, qu'il sera difficile de relever dans le contexte de pauvreté et de précarité qui prévaut toujours en RDC, comme d'ailleurs dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne.

Dans ce contexte, diverses études appellent à reconnaître la contribution du secteur informel à l'emploi et à la survie des populations, et à appuyer les initiatives dans ce domaine, puisqu'il est évident que le secteur « moderne » ou formel ne sera en mesure d'absorber qu'une faible proportion des nombreux arrivants sur les marchés du travail africains. De fait, les jeunes, y compris dans les zones rurales et semi-urbaines, cherchent à saisir les opportunités d'accéder à de meilleurs emplois, y compris dans le secteur informel. Il est donc important d'aider ces jeunes à saisir ces opportunités, voire à en créer. Mais, la recherche et la création d'emplois pour les jeunes doit faire partie d'une politique globale intégrant l'amélioration du capital humain, la gouvernance (afin d'améliorer l'environnement des affaires et d'attirer les investissements), et la recherche d'une productivité accrue dans l'agriculture, les entreprises familiales, et le secteur salarié moderne. Cette politique globale doit également favoriser, au-delà des activités minières et agricoles, d'autres secteurs à fort potentiel de création d'emplois. Il s'agit-là d'autant de conditions requises afin que tous les jeunes puissent entrevoir de meilleures perspectives d'avenir que leurs parents. Il convient aussi, en parallèle, de mettre en place des mécanismes permettant aux jeunes de participer au processus politique, et de s'exprimer et d'influer sur la formulation des politiques et des décisions qui les concernent. Faute de quoi, la main-d'œuvre nombreuse et plus éduquée, qui arrivera sur le marché du travail congolais dans les années qui viennent, risque d'être inemployée et de devenir une charge pour la société et un facteur de troubles sociaux.

### **Améliorer le capital humain : les défis de l'éducation**

Le maintien d'une croissance économique forte et durable suppose la constitution d'un capital humain de qualité. Mais, tant en matière d'éducation qu'en matière de santé, les défis à relever restent considérables. Dans les années qui viennent, les autorités devront en effet faire face à la fois à : a) la poursuite de l'augmentation des effectifs à éduquer et à soigner ; b) la nécessité d'augmenter les taux de couverture sanitaire et de scolarisation actuels, qui sont insuffisants ; et c) l'exigence d'assurer des soins et services d'une qualité acceptable. Afin d'être exhaustifs, il faudrait ajouter à ces trois défis, ceux du nombre, de la couverture, et de la qualité, ainsi que d'autres défis qui leur sont liés, tels que

ceux de la réduction des disparités régionales et de la formation des personnels en nombre suffisant, ainsi que le défi de l'égalité de l'accès aux soins et services pour toutes les couches de la population.

En matière d'éducation, le taux brut de scolarisation dans le primaire était estimé à 110 % en 2012, ce qui reflète un retard très important des élèves par rapport à l'âge normal. Ces retards sont la conséquence d'entrées tardives à l'école et d'un nombre important de redoublements. Le taux net de scolarisation n'est en réalité que de 73 %, en dessous, donc, du taux net de 100 % de scolarisation dans le primaire retenu pour l'objectif du Millénaire n° 2. Toujours en 2012, parmi les 13,1 millions d'enfants âgés de 6 à 11 ans, 9,6 millions étaient scolarisés, 3 millions ne l'avaient jamais été, et 550 000 étaient déscolarisés. De plus, nombre d'enfants, scolarisés ou non, exerçaient une activité économique, et étaient en fait des enfants au travail. L'éloignement des écoles, en nombre souvent insuffisant et aux classes surchargées, le manque de matériel scolaire, la faible rémunération des enseignants et le sentiment de dévalorisation de leur fonction qui en résulte pour eux, ainsi que l'importance des frais scolaires demandés aux parents, généralement très pauvres, sont les principaux facteurs qui expliquent cette situation. La disparition de la contribution « formelle » des parents aux frais scolaires, prévue pour l'année scolaire 2015-2016, est une bonne nouvelle pour les parents comme pour les enfants, mais elle suppose une forte augmentation de la part des ressources publiques allouées à l'enseignement primaire.

La scolarisation au niveau de l'enseignement secondaire et supérieur a fortement progressé ces dernières années, avec des taux bruts de scolarisation qui sont honorables dans le contexte africain. Cependant, ces taux sont deux fois plus faibles que ceux observés aujourd'hui dans les pays émergents. Et tout comme dans le primaire, l'enseignement dans le secondaire et le supérieur se trouve confronté à de nombreuses difficultés.

Les dysfonctionnements du système éducatif congolais sont en grande partie la conséquence d'un financement insuffisant. Par rapport aux autres pays africains, les dépenses publiques consacrées à l'éducation représentent un pourcentage beaucoup plus faible du PIB et de l'ensemble des dépenses publiques. Ainsi, en 2008, les dépenses consacrées à l'enseignement primaire, secondaire, et professionnel, étaient financées à hauteur de 48 % par l'État, 37 % par les ménages, et 15 % par les partenaires techniques et financiers.

La résorption des retards scolaires dans le primaire et la progression de la scolarisation dans le secondaire et le supérieur vont ainsi nécessiter des moyens très importants dans les années qui viennent, et ce d'autant plus que le coût moyen par élève dans le secondaire et le supérieur (respectivement 48 et 53 dollars américains en 2010) est deux fois plus élevé que le coût moyen par élève dans le primaire (estimé à 27 dollars en 2010). Or, dans les 20 ans qui viennent, l'augmentation des dépenses concernera surtout le secondaire et le supérieur, dont les effectifs scolarisables vont fortement augmenter.

La question de la répartition, entre le Gouvernement, les parents, et les partenaires au développement, de la prise en charge de ces « investissements démographiques » nécessaires à l'amélioration du capital humain, se pose donc avec plus d'acuité que jamais. Il sera cependant plus facile de faire face à ces investissements si le nombre de naissances, et donc de jeunes enfants, se stabilise, que s'il double d'ici 2035.

## **Santé : des progrès, mais des résultats insuffisants**

En matière de santé, un état de santé satisfaisant pour l'ensemble de la population est un facteur favorable à une meilleure productivité des actifs, et donc au développement du pays. Malgré les progrès réalisés, la RDC est encore loin d'avoir réalisé sa transition épidémiologique, c'est-à-dire l'élimination de la plupart des décès évitables. Ces décès, qui sont la conséquence de maladies infectieuses endémiques et épidémiques, d'un suivi prénatal insuffisant, d'une mauvaise prise en charge des accouchements, ainsi que de la malnutrition, représentaient 67 % du total des décès, contre 23 % pour les maladies non transmissibles (accidents cardio-vasculaires ou AVC, diabète, cancers), et 10 % pour les décès dus à des causes accidentelles, en 2012.

Près de deux naissances sur trois (61 %) en RDC constituent des grossesses à risque, c'est-à-dire des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives, ou trop nombreuses, qui nécessitent donc un suivi particulier. Des progrès importants ont été réalisés à ce sujet. En effet, si en 2010 moins d'une mère sur deux avait bénéficié des quatre visites prénatales recommandées, 80 % avaient bénéficié d'au moins une visite prénatale. Par ailleurs, toujours en 2010, 80 % des mères avaient reçu,

lors de leur accouchement, l'assistance de personnel de santé qualifié médecin, infirmier, sage-femme ou sage-femme auxiliaire. La couverture vaccinale des enfants a également progressé, et en 2010, 85 % des enfants étaient vaccinés contre la tuberculose, et en 2012, 73 % étaient vaccinés contre la rougeole et 72 % avaient reçu les trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, ou DTC.

Pourtant, mortalité maternelle et mortalité des enfants restent toujours très élevées, ce qui soulève, entre autres, la question de la qualité des services de santé. Le taux de mortalité maternelle, estimé en 2013 à 730 décès maternels pour 100 000 naissances est l'un des plus élevés du monde. Environ un enfant congolais sur 10 meurt avant un an, et un enfant sur 6 meurt avant 5 ans, ce qui explique la faiblesse de l'espérance de vie à la naissance et l'importance démesurée des décès d'enfants. En effet, un décès sur deux en RDC est un décès d'enfant. Par ailleurs, parmi les enfants survivants, près d'un enfant sur deux (44 %) en 2010, était de petite taille par rapport à son âge, c'est-à-dire qu'il souffrait d'un retard de croissance. Cette situation est extrêmement préoccupante, car le retard de croissance est révélateur de problèmes majeurs rencontrés par l'enfant en matière de malnutrition et de santé, notamment entre 6 et 24 mois. Les conséquences à long terme du retard de croissance sont très graves, car selon plusieurs études, il affecte négativement les capacités cognitives des enfants concernés ainsi que leur état de santé jusqu'à l'âge adulte. Une forte prévalence du retard de croissance a donc des effets négatifs importants et durables sur la productivité des économies et le bien-être des citoyens.

Comme pour l'éducation, l'ensemble des dépenses consacrées à la santé, ne permet pas d'assurer des services satisfaisants pour l'ensemble de la population. Si les dépenses de santé ont augmenté ces dernières années, en 2011-2012, la moitié de l'ensemble des dépenses de santé a cependant été financée par des sources extérieures : organisations internationales, partenaires bilatéraux, et organisations non gouvernementales étrangères. Cette aide importante a permis au Gouvernement de financer une part croissante des dépenses de santé. Ainsi, la part des dépenses publiques de santé est passée d'un peu plus de 20 % du total en 2003-2004, à 51 % en 2012. Les 49 % restants relevaient donc du privé, incluant les financements extérieurs et les dons à des services de santé privés, mais également les dépenses directement payées par les patients. Grâce à la part croissante des dépenses de santé financées par l'État et les appuis extérieurs, la part des dépenses de santé directement payées par les patients est passée de près de 70 % en 2002, à 33 % en moyenne pour les années 2010-2011-2012. Cela dit, les dépenses de santé par tête en RDC étaient estimées en moyenne en 2010-2011-2012 à 15 dollars américains, dont un tiers était donc payé par les patients. Il s'agit là de l'un des niveaux les plus bas en Afrique subsaharienne. Les dépenses publiques de santé représentaient toutefois 13 % du total des dépenses de l'État en 2010-2011-2012, ce qui est appréciable dans le contexte africain, mais n'est pas nécessairement associé à une meilleure qualité des soins.

Les défis auxquels la RDC sera confrontée dans les 20 prochaines années pour améliorer la santé de la population sont donc aussi redoutables que ceux qui concernent l'éducation. Le financement actuel des dépenses de santé n'est pas satisfaisant, et il est aujourd'hui très dépendant des financements extérieurs. Compte tenu de l'importance des maladies transmissibles, qui touchent surtout les jeunes enfants, très nombreux, compte tenu également de la fécondité toujours élevée, et de l'importance des grossesses à risque, les dépenses de santé pour les femmes et les enfants représentent probablement aujourd'hui la moitié du total des dépenses du secteur. La poursuite de ces tendances n'est guère soutenable, d'autant plus que le nombre de cas de maladies non transmissibles (accidents cardio-vasculaires, diabète, cancers) va continuer de s'accroître. L'intensification des actions de prévention visant à réduire le nombre de grossesses à risque, ainsi que la mortalité et la malnutrition des enfants, constitue l'une des réponses à ces défis. Mais, l'anticipation des tensions à venir, à court, moyen, et long terme, est également indispensable. De ce point de vue, comme dans le cas de l'éducation, il sera moins difficile de gérer la situation avec un nombre de naissances et donc de jeunes enfants qui se stabilise, qu'avec un nombre de naissances et d'enfants qui double d'ici 2035.

### **Les politiques mises en œuvre ne tiennent pas vraiment compte de la dimension démographique du développement**

Selon les enquêtes réalisées par la Division de la population des Nations Unies sur les opinions et priorités d'interventions des gouvernements en matière de population, la RDC a toujours considéré la croissance de la population congolaise comme satisfaisante et ne nécessitant pas d'interventions particulières. Toutefois, les réponses données à l'enquête de 2013 indiquent que les autorités

commencent à considérer les niveaux de fécondité comme trop élevés, en particulier les niveaux de fécondité des adolescentes.

Malgré l'adoption en 2008 par le Ministère du Plan d'une *Déclaration de Politique Nationale de Population*, l'examen des plans et programmes ayant un rapport avec la population, et qui ont été adoptés ces dernières années, révèle que la variable démographique n'est quasiment jamais mentionnée, sauf dans le secteur de l'éducation. En fait, la variable démographique est implicitement considérée comme donnée, c'est-à-dire une variable hors du champ de l'action politique et sur laquelle il n'est pas possible ou souhaitable d'agir, contrairement à ce qu'ont fait les pays émergents dans les années 1960 ou 1970.

Le *Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR 2) 2011-2015*, est le seul document où l'impact de la croissance démographique sur les secteurs sociaux et le développement est explicitement évoqué. Ce document reconnaît en effet que « le taux croissance démographique estimé à 3,1 % par an reste préoccupant et préjudiciable au développement économique du pays, car il entraîne une forte demande sociale notamment dans les secteurs de l'éducation, de l'emploi, du logement, de la santé et du transport, à laquelle les politiques sociales doivent répondre ». Il suggère donc qu'une attention particulière soit accordée, non seulement à la promotion de la croissance économique et à la réduction des inégalités, mais aussi à la maîtrise de la croissance démographique, en raison de la relation existant entre la pauvreté et la taille élevée des ménages. Mais cette reconnaissance explicite des interactions entre croissance démographique et développement ne se traduit pas par des recommandations précises visant à maîtriser la croissance démographique. En fait, l'approche des problèmes associés à la forte croissance démographique, reste essentiellement une approche de santé, et de santé de la reproduction.

La prise en compte très marginale de la dimension démographique du développement en RDC s'explique par plusieurs raisons, mais surtout par le sentiment largement partagé que compte tenu de l'immensité du territoire et des richesses considérables de la RDC, « il n'y a qu'à » la peupler et la mettre en valeur pour que la RDC occupe en Afrique, et au niveau mondial, la place qui lui revient. Dans ces conditions, il n'est ni nécessaire, ni souhaitable de réduire la croissance démographique et la fécondité des femmes congolaises, malgré les difficultés passées et présentes à satisfaire les besoins de la population, et les densités déjà élevées dans plusieurs régions. Une autre raison tient au statut inférieur des femmes congolaises dans la société, comme en témoignent le fait que les décisions au sein du ménage sont prises principalement par l'homme, y compris les décisions concernant la santé de la femme, ainsi que les violences physiques qu'elles subissent. Ainsi, lors de l'*Enquête démographique et de santé (EDS) de 2007*, une femme sur deux a déclaré avoir subi des actes de violence au cours des douze mois précédant l'enquête. La place des femmes congolaises au sein du ménage et dans la société reste à l'évidence un enjeu de pouvoir entre hommes et femmes et entre générations, à la croisée des chemins entre traditions et modernité, ce qui s'exprime par exemple par les préférences élevées en matière de fécondité, la faiblesse de la représentation des femmes au Parlement, etc.

Il faut souligner cependant, à ce sujet, l'avancée majeure que constitue l'adoption par le Ministère de la Santé Publique en janvier 2014, après un processus de concertation très large, d'un *Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020)* en matière de planification familiale. Ce *Plan*, qui s'inscrit dans la mise en œuvre du *Plan National de Développement Sanitaire*, entend également contribuer aux actions du Gouvernement inscrites dans le *DSCR 2*, qui visent à réduire la pauvreté, et il se fixe comme objectif général d'assurer d'ici 2020, une augmentation rapide et soutenue de l'utilisation de méthodes modernes et efficaces de contraception par les femmes et les hommes congolais qui le souhaitent.

### **La « révolution contraceptive », achevée dans les pays émergents, se fait toujours attendre en RDC.**

Malgré les diverses initiatives prises en RDC depuis les années 1970 pour y promouvoir l'utilisation de la contraception, et malgré l'appui des partenaires à ces initiatives, les résultats ont été décevants.

En 2013-2014, seule une Congolaise sur cinq utilisait une méthode de contraception, 12,6% des Congolaises ayant recours à une méthode traditionnelle, et 7,8 % une méthode moderne. Ces chiffres classent la RDC parmi la douzaine de pays au monde où l'utilisation des méthodes traditionnelles, moins efficaces, est plus importante que l'utilisation des méthodes modernes. Ils révèlent aussi des progressions très lentes de l'utilisation de la contraception au cours des 20 dernières années : 0,6

point de pourcentage par an en moyenne pour l'ensemble des méthodes et 0,2 point de pourcentage pour les méthodes modernes. Ces progressions comptent également parmi les plus basses observées dans le monde. La RDC fait ainsi partie des pays qui ont : a) les plus forts pourcentages d'utilisation de méthodes traditionnelles ; b) les taux de prévalence contraceptive moderne les plus faibles ; et c) les progressions les plus lentes de recours à la contraception moderne.

Et pourtant, un quart des Congolaises ont exprimé en 2007 et 2010, un besoin non satisfait en contraception, soit davantage que celles qui utilisent une méthode quelconque de contraception. Cependant, les trois quarts de ces besoins non satisfaits sont exprimés pour des raisons d'espacement. La demande totale en contraception (utilisatrices/utilisateurs mais souhaitant utiliser une méthode) concerne donc moins d'une femme sur deux en union (48 % en 2007 et 42 % en 2010).

En comparaison, la prévalence de la contraception dans les pays émergents se situait en gros, au milieu des années 2000, entre 60 % et 85 %. De fait, ces pays, qui avaient généralement des taux de prévalence de la contraception moderne de 10 % à 20 % dans les années 1960, ont réalisé leur « révolution contraceptive » (terme qui apparaît dans la littérature scientifique dans les années 1970), c'est-à-dire le passage de niveaux de fécondité non maîtrisés et subis, à des niveaux maîtrisés et choisis, en une quarantaine d'années. Cela correspond à des augmentations moyennes de la prévalence contraceptive sur longue période d'environ 1,5 point de pourcentage par an. Aujourd'hui, dans ces pays, les méthodes traditionnelles sont généralement peu utilisées, les besoins non satisfaits sont faibles, et la demande totale en planification familiale se situe entre 70 % et 85 % des femmes en union, soit presque deux fois plus qu'en RDC. Les 15 % à 30 % de femmes restantes ne sont pas concernées par la planification familiale, soit parce qu'elles souhaitent être enceintes, soit parce qu'elles pensent être stériles. Cette demande totale élevée ainsi que l'utilisation généralisée de la contraception, est associée au choix de la majorité des femmes de ne plus avoir d'enfants dès lors que leur famille a atteint une taille jugée convenable par rapport à leurs souhaits et à leurs moyens.

La faiblesse de l'utilisation de la contraception et de la demande exprimée en RDC est associée à des naissances précoces, peu espacées, nombreuses et tardives, correspondant à plus de 60 % de grossesses à risque. Parmi les femmes âgées de 25 à 29 ans lors de l'*Enquête démographique et de santé (EDS)* de 2007, une sur cinq (21 %) a déclaré avoir eu ses premiers rapports sexuels avant son 15<sup>e</sup> anniversaire, et deux femmes sur trois (65 %) avant leur 18<sup>e</sup> anniversaire. De plus, une femme sur quatre (26 %) a eu son premier enfant avant son 18<sup>e</sup> anniversaire. L'âge aux premiers rapports sexuels et à la première naissance devraient à l'évidence être plus tardifs en RDC, afin de permettre aux jeunes Congolaises (et à leurs partenaires ou maris) de se préparer à la lourde responsabilité d'élever leurs enfants dans les meilleures conditions possibles compte tenu du contexte dans lequel elles/ils vivent.

La persistance de comportements natalistes en Afrique et en RDC est souvent attribuée au manque d'éducation, à la pauvreté de la population, et aux « pesanteurs socioculturelles ». Il y a certes des différences de comportement selon les groupes de population. C'est ainsi que le nombre idéal d'enfants indiqué par les femmes de 15-49 ans n'ayant pas été scolarisées et figurant parmi les plus pauvres, était en 2007 d'environ 7,5 enfants, tandis que le nombre idéal indiqué par leurs « sœurs » les plus éduquées et les plus aisées était de 6,3 enfants, et d'environ 5,0 enfants chez les jeunes filles de 15-19 ans les plus éduquées et les plus aisées, ce qui reste élevé. On retrouve des différences similaires concernant la demande exprimée en contraception, qui est plus faible chez les femmes n'ayant pas été scolarisées et figurant parmi les plus pauvres, que chez celles qui sont les plus éduquées et les plus aisées. Mais, quelle que soit la catégorie, moins de la moitié de la demande exprimée en contraception est satisfaite (à l'exception des femmes les plus aisées dont la demande est satisfaite à plus de 50 %). L'amélioration des niveaux d'éducation et du niveau de vie sont deux facteurs qui sont effectivement associés à l'augmentation de l'utilisation de la contraception. Mais il s'agit là de déterminants socio-économiques. De fait, l'éducation et l'amélioration du niveau de vie ne sont pas des contraceptifs, et ne sauraient à eux seuls remplacer l'absence ou l'insuffisance de services de santé reproductive.

En somme, la marche vers la « révolution contraceptive » n'a pas encore commencé en RDC. Celle-ci suppose en effet que services de santé reproductive et contraceptifs soient accessibles, et que l'environnement social et politique soit favorable. Jusqu'à tout récemment, ces deux conditions n'étaient pas réellement réunies en RDC. Une telle « révolution contraceptive » suppose également que toutes les Congolaises, mais en particulier les moins favorisées, aient pleinement conscience de leur droit d'avoir, au moment où elles le veulent, le nombre d'enfants qu'elles jugent convenable par rapport à leurs souhaits et à leurs moyens, ce qui n'est pas encore le cas en RDC.

## Quelques conclusions et recommandations

Chacun-e retiendra de cette étude ce qu'elle/il voudra bien en retenir en son âme et conscience. Mais le nombre et l'importance des documents consultés doit, selon nous, inciter à dépasser les débats dogmatiques traditionnels opposant néo-malthusiens et anti-malthusiens.

La RDC est un vaste pays doté de ressources naturelles considérables, et l'ambition de peupler son territoire est une ambition légitime. Le peuplement de la RDC est de toute façon inéluctable dans un avenir plus ou moins proche, puisque, comme on l'a vu, la population de la RDC est « condamnée » à augmenter au moins jusqu'en 2100. Il convient donc d'abord de s'interroger sur le rythme de la croissance future de la population, et ensuite sur la capacité du pays à consentir dans les années et décennies qui viennent, les investissements démographiques (en matière de santé, éducation, emplois, logements, aménagement urbain et rural, etc.) associés à des croissances plus ou moins rapides de la population.

On retiendra aussi qu'historiquement, aucun pays n'a pu se développer sans baisse parallèle de la fécondité. Cela signifie que le maintien d'une forte fécondité sur longue période exclut le développement économique et social, ou du moins ne permet pas un développement économique et social dans des délais satisfaisants. Il n'est cependant pas possible de déterminer lequel de ces deux éléments précède l'autre, et le cas des pays asiatiques semble indiquer que les deux processus du développement et de la baisse de la fécondité, se renforcent mutuellement.

Le développement de la RDC ne se fera pas sans croissance économique, mais la croissance économique n'est pas le développement. Le développement est en effet un processus endogène et cumulatif de progrès de la productivité, et de réduction des inégalités à long terme. Il est aussi, selon le lauréat du prix Nobel d'économie en 1998, l'Indien Amartya Sen, un processus d'élargissement des choix des personnes apportant plus de liberté à tous. Dans cette perspective, il est clair que la « révolution contraceptive », qui implique le plein exercice des droits reproductifs de chacun, ainsi que la transition démographique et les modifications de structure d'âge qu'elle entraîne, font partie intégrante de ce processus. C'est pourquoi une prise de conscience de la dimension démographique du développement est nécessaire à tous les niveaux. En effet, pour que la RDC puisse être en mesure de faire de sa nombreuse jeunesse un atout de développement futur, et qu'elle puisse construire un développement durable, il convient d'agir simultanément sur les cinq leviers nécessaires pour bénéficier du premier dividende démographique, à savoir : l'amélioration du capital humain (éducation et santé) ; l'augmentation de l'épargne et des investissements ; la bonne gouvernance ; la création d'emplois ; et l'accélération de la transition démographique. Parmi ces leviers, l'amélioration du capital humain a déjà fait l'objet d'investissements importants, mais les retours sur investissement ne sont pas encore évidents, et si des efforts ont également porté sur la gouvernance, ceux-ci restent cependant insuffisants. L'augmentation de l'épargne et des investissements, ainsi que la création d'emplois, n'ont toutefois bénéficié jusqu'ici que d'une attention limitée. Quant à l'accélération de la transition démographique, celle-ci reste un sujet quasiment tabou en RDC.

En 2014 et 2015, plusieurs politiques, plans et programmes, doivent faire l'objet de révisions. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) arriveront aussi à leur terme en 2015 et seront remplacés par de nouveaux objectifs de développement durable. Dans ce contexte plus favorable à la prise en compte de la dimension démographique du développement, il a été suggéré quelques actions portant sur : un réexamen critique des politiques, plans et programmes existants en matière de population, de santé et de santé reproductive ; l'intégration effective de la dimension population dans les nouvelles politiques sectorielles devant être préparées en 2015 ; le renforcement des actions de plaidoyer sur les questions de population, de promotion de l'utilisation de la contraception, d'adoption de nouvelles normes culturelles en matière de reproduction ; et le libre choix informé des femmes en matière de reproduction.

Ces recommandations sont détaillées en conclusion de la présente étude.

## Sommaire

AVANT-PROPOS .....	3
SYNTHÈSE.....	8
<b>Sommaire.....</b>	<b>17</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>18</b>
<b>1. Après une longue période de stagnation, la population de la RDC croît aujourd’hui très rapidement .....</b>	<b>20</b>
1.1 Une récupération démographique très rapide depuis l’indépendance .....	20
1.2 Dynamique démographique : la fécondité reste le moteur principal .....	23
1.3 La transition de la fécondité est achevée dans les pays émergents .....	30
<b>2. Projection et prospective, hypothèses et résultats .....</b>	<b>35</b>
2.1 Les niveaux futurs de fécondité dépendent de plusieurs facteurs .....	35
2.2 100 millions de Congolais en 2030, et après ? .....	40
2.3 Un pays majoritairement urbain avant 2040, et 30 millions de Kinois en 2050 ?.....	46
<b>3. La RDC face aux défis de la croissance et de l’amélioration de son capital humain.....</b>	<b>51</b>
3.1 Une croissance économique forte depuis 2003 .....	51
3.2 Fournir un emploi « décent » à tous les jeunes ?.....	57
3.3 Quels impacts de la croissance démographique sur l’éducation ?.....	61
3.4 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?.....	66
<b>4. Population, développement, et dividende démographique.....</b>	<b>75</b>
4.1 Population et développement : le point sur la question .....	75
4.2 Les transferts intergénérationnels et le dividende démographique.....	82
4.3 La RDC peut-elle bénéficier du dividende démographique ? .....	87
<b>5. Les politiques publiques de la RDC face aux défis démographiques .....</b>	<b>93</b>
5.1 Les politiques de population.....	93
5.2 Les politiques de santé .....	94
5.3 Les politiques de santé de la reproduction .....	98
5.4 L’approvisionnement en produits de santé reproductive .....	100
5.5 Les cadres stratégiques de réduction de la pauvreté.....	101
5.6 Les politiques sectorielles .....	104
5.7 Cohérence et pertinence des politiques, plans et programmes .....	108
<b>6. Comment gérer la variable population en RDC ?.....</b>	<b>111</b>
6.1 Les partenaires au développement .....	111
6.2 Les partenaires en population et santé de la reproduction .....	114
6.3 Peut-on accélérer l’utilisation de la contraception ?.....	118
6.4 Quels sont les coûts associés à l’augmentation de la prévalence ? .....	127
<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>133</b>

## INTRODUCTION

Le retour de la paix en République Démocratique du Congo (RDC) en 2002 a enfin créé les conditions de la reconstruction du pays et d'une reprise économique. La croissance économique moyenne pour la période 2005-2012 s'est ainsi établie à 6,2 % par an, à 7,1 % par an pour 2010-2012, et la croissance escomptée pour 2013-2014-2015 est de 7,3 % par an. Cette reprise remarquable, est supérieure à la croissance de 4,9 % par an pour 2005-2012 estimée pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Elle intervient dans un contexte économique international favorable à l'Afrique, cette croissance étant largement tirée par la demande mondiale et les cours élevés des matières premières. C'est le cas en RDC, où la croissance rapide de ces dernières années est largement imputable à la croissance des activités minières et aux revenus de l'exploitation forestière.

Ces résultats permettent d'espérer à terme une diminution de la pauvreté, qui en 2005-2006, selon les sources, concernait encore entre 70 % et près de 90 % de la population congolaise. Ils permettent également d'espérer une amélioration du PIB par tête ainsi qu'une amélioration du développement humain du pays. Le PIB par tête, estimé en 2012 à 415 dollars internationaux (ou dollars de parité de pouvoir d'achat (PPA)), restait en effet faible, de même que l'indice de développement humain (IDH)<sup>1</sup>. La RDC dispose cependant d'un réel potentiel de croissance et de développement du fait de l'étendue de son territoire et de l'importance de ses ressources naturelles. Il ne lui sera cependant pas facile de réaliser ce potentiel, car que ce soit dans le secteur forestier et agricole, le secteur minier, ou dans le secteur des services, les défis à relever pour accélérer la croissance globale et celle de chaque secteur, restent considérables. Aussi, l'économie ainsi que nombre de secteurs sociaux, restent toujours très dépendants de l'aide publique au développement, qui a représenté en moyenne 25 % du revenu intérieur brut entre 2004 et 2012.

Le maintien d'une forte croissance démographique a, quant à lui, freiné l'élévation du niveau de vie de la population. C'est ainsi qu'au cours de la période 2005-2012, la moitié de la croissance économique de 6,2 % par an a été absorbée par la croissance démographique, et l'augmentation moyenne du PIB par tête n'a été que de 3,3 % par an. A ce rythme, et même en tablant sur une croissance économique de 7 % par an, il faudra toujours environ une vingtaine d'années pour arriver à un doublement du PIB par tête. Le maintien d'une forte croissance démographique a également conduit à une augmentation rapide du nombre de jeunes dans la population totale. Aujourd'hui, près d'un Congolais sur deux a moins de 15 ans, et deux Congolais sur trois ont moins de 25 ans. Il faut donc s'attendre dans les 20 ans qui viennent, à un quasi doublement du nombre de jeunes arrivant sur le marché de l'emploi, ainsi qu'à la poursuite d'une forte croissance démographique, étant donné que ces jeunes sont les parents de demain. Il faut également s'attendre au minimum à une multiplication par deux de la population urbaine ainsi que des populations de Kinshasa et des quatre autres villes millionnaires du pays (Lubumbashi, Mbuji-Mayi, Kananga, et Kisangani), et d'ici 2035, à la poursuite de la croissance de la population rurale, tandis que la RDC devrait devenir un pays majoritairement urbain avant 2040.

S'il faut saisir les opportunités associées à cette jeunesse nombreuse et de plus en plus urbaine, il faudra surtout fournir un emploi « décent » à des millions de jeunes, et mettre en place des mécanismes leur permettant de s'exprimer et d'influer sur la formulation des politiques qui les concernent, afin de prévenir les crises sociales qui pourraient notamment résulter d'une amélioration trop lente des conditions de vie, ou d'un sentiment d'exclusion. Nourrir, soigner, éduquer et occuper tous les Congolais dans les 20 ans qui viennent ne sera donc pas une tâche facile.

La prise de conscience de ces défis est exprimée dans le *Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR 2) 2011-2015*, dont le 2<sup>e</sup> pilier s'intitule « Diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi ». Ce document reconnaît que le taux de croissance démographique élevé du pays est préoccupant et préjudiciable au développement, car il entraîne une forte demande sociale dans les secteurs de l'éducation, de l'emploi, du logement, de la santé et du transport, à laquelle les politiques sectorielles doivent répondre. Mais cette reconnaissance ne se traduit pas par des recommandations précises visant à maîtriser la croissance démographique. L'approche du *DSCR 2* reste en effet principalement économique, les questions démographiques étant abordées sous l'angle de la santé et de la santé reproductive.

Pourtant, le développement a également une dimension démographique, et il est important que cette dimension soit prise en compte. Les revenus attendus des secteurs minier et forestier ainsi que de la

---

<sup>1</sup> Dans le *Rapport sur le développement humain 2013* du PNUD, l'indice de développement humain pour la RDC était estimé à 0,304, ce qui plaçait le pays au 186<sup>e</sup> rang parmi les 187 pays classés.

diversification de l'économie, devront servir en partie à améliorer le capital humain du pays. Mais ils devront aussi être utilisés pour accroître les investissements productifs dont le pays a besoin. Les investissements dans le capital humain du pays, en particulier pour les jeunes de 15 à 24 ans, ne pourront être importants que si, parallèlement, on observe une réduction rapide du nombre de personnes à charge par actif, ou taux de dépendance, qui reste particulièrement élevé en RDC. C'est ce qu'ont fait les pays émergents<sup>2</sup> grâce à la mise en œuvre de programmes visant à maîtriser leur fécondité, ce qui leur a permis d'entrer dans une « fenêtre d'opportunité démographique », puis, grâce à une structure par âge plus favorable, de bénéficier, sous certaines conditions, d'un « dividende démographique » favorable à l'accélération de leur croissance économique.

Contrairement à une idée reçue, l'élévation du niveau de vie et le développement de l'éducation ne suffiront pas, à eux seuls, à enclencher automatiquement une maîtrise relativement rapide de la fécondité. Dans les pays émergents, les politiques de diversification économique, d'augmentation des niveaux d'éducation et de santé, ainsi que les politiques de population, ont été menées simultanément. Ces dernières ont visé, dans des contextes qui n'étaient pas toujours favorables, à légitimer la planification familiale et à changer les comportements reproductifs de la population à travers des campagnes d'information, d'éducation et de communication. Ces politiques ont également été accompagnées par la mise en place effective de services de santé reproductive, en quantité suffisante, accessibles et de qualité.

La réduction de la pauvreté dans des délais raisonnables en RDC suppose évidemment une croissance économique forte et durable. Mais cela implique, parallèlement, une amélioration majeure du capital humain du pays. Or, dans les années qui viennent, il faudra à la fois faire face à une forte augmentation de la population, améliorer la couverture sanitaire et scolaire, et maintenir des niveaux de qualité acceptables des soins et services rendus à la population. Tout cela implique, d'ici 2035, des moyens financiers beaucoup plus importants que ceux qui sont mis en œuvre actuellement, et pourrait être facilité par une maîtrise relativement rapide de la fécondité, et donc de la croissance démographique.

Le processus de maîtrise de la fécondité n'est pas encore vraiment amorcé en RDC, excepté, jusqu'à un certain point, à Kinshasa et dans le Bas-Congo. L'amorce de ce processus et son accélération supposent un engagement résolu des autorités et de leurs partenaires en faveur de la planification familiale, ainsi que des moyens financiers importants. Il faut cependant garder à l'esprit que les coûts d'un programme de planification familiale sont, à 10 ans d'échéance, plus que compensés par « le gain fiscal » résultant de dépenses moindres en matière d'éducation, d'amélioration de la santé maternelle et de vaccinations, du fait du ralentissement de l'augmentation du nombre de naissances consécutif à la maîtrise de la fécondité. Un investissement en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours importants à court et à long terme. Et ces retours faciliteront en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les jeunes et les enfants d'aujourd'hui.

Espérons que l'adoption par le Ministère de la Santé Publique, en janvier 2014, d'un *Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020)* en matière de planification familiale, permettra d'accélérer un processus de maîtrise progressive de la fécondité et de diminution des taux de dépendance, cette diminution constituant l'une des conditions incontournables de la création de conditions favorables à une croissance forte, durable, et inclusive.

---

<sup>2</sup> Les pays émergents peuvent être définis comme des pays autrefois considérés « en développement », voire « sous-développés », dont le PIB par habitant reste inférieur à celui des pays développés, mais qui connaissent une croissance économique rapide et dont le niveau de vie et les structures économiques convergent vers ceux des pays développés. On peut citer parmi ces pays en Afrique : Maurice, la Tunisie, l'Égypte, le Maroc et l'Afrique du Sud ; en Asie : l'Inde, la Chine, la Corée du Sud, Singapour, la Thaïlande, l'Indonésie, la Malaisie, et la Turquie ; et en Amérique latine : le Brésil, et le Mexique. La liste des pays dits « émergents » varie cependant selon les sources et les auteurs. Par exemple, la Corée du Sud et Singapour sont souvent considérés aujourd'hui non pas comme des pays émergents, mais comme des pays développés.

# 1. Après une longue période de stagnation, la population de la RDC croît aujourd'hui très rapidement

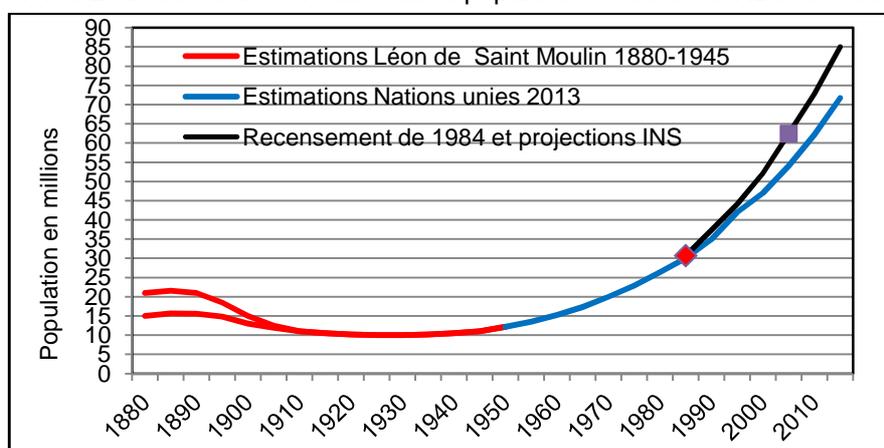
## 1.1 Une récupération démographique très rapide depuis l'indépendance

La République Démocratique du Congo (RDC) reste généralement considérée comme un pays sous-peuplé par rapport à sa superficie et à ses importantes ressources naturelles. Avec une superficie de 2 345 410 kilomètres carrés, la RDC est en effet le plus grand pays d'Afrique sub-saharienne, et le 11<sup>e</sup> pays le plus vaste du monde. Elle connaît cependant aujourd'hui une forte croissance démographique sans précédent dans son histoire.

Historiquement, la population congolaise aurait fortement diminué dans les premières décennies suivant la colonisation, puis stagné jusqu'au début de la seconde guerre mondiale. On estime ainsi que la population congolaise aurait diminué de 15-21 millions d'habitants au début des années 1880 à 11 millions vers 1940<sup>3</sup>. Cette évolution est la conséquence de niveaux élevés de mortalité (causée par le travail forcé, la propagation de la trypanosomiase ou maladie du sommeil) et de niveaux élevés de stérilité (en raison de la forte prévalence de la gonorrhée et de la syphilis notamment dans les régions de l'est et du nord du pays). Cependant, après la Seconde Guerre mondiale, la croissance démographique est devenue positive, mais au moment de l'indépendance en 1960, la population du pays n'était que de 15 millions d'habitants, soit un niveau toujours modeste. Ceci est probablement à l'origine du couplet de l'hymne national adopté alors : « *Nous (Congolais) peuplerons ton sol et assurerons ta grandeur* », et explique la prégnance de comportements natalistes.

Pour la période récente, les estimations de la population de la RDC restent approximatives du fait de l'absence de recensement de la population depuis 1984, année du premier et seul « Recensement scientifique de la population » mené à ce jour dans le pays. Ainsi les estimations de la population de la RDC en 2014, varient de 83 millions de personnes selon l'INS<sup>4</sup> à 69 millions selon la Division de la population des Nations Unies<sup>5</sup> (soit un écart de 20 %) (figure 1.1.1). Cela justifie, s'il en était besoin, l'urgence d'un nouveau recensement de la population. La réalisation du 2<sup>e</sup> recensement de la population, programmé pour 2015, permettra en effet une actualisation des effectifs de la population congolaise et de sa dynamique démographique.

Figure 1.1.1 : Estimations de l'évolution de la population totale de la RDC de 1880 à 2015



Sources : Léon de Saint Moulin, 2010 ; Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012* ; et INS : a) Résultats du recensement de 1984, b) Projection de la population du Zaïre 1985-2000, c) Projections 2011-2015 (chiffre 2005 interpolé).

<sup>3</sup> Léon de Saint Moulin, « La population congolaise : situation et perspectives » *Congo-Afrique*, n° 444 (avril 2010).

<sup>4</sup> Institut National de la Statistique (INS), Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, *Projection de la population de la RDC et des provinces 2011-2015*, INS/DG, 26 janvier 2012, 30 p. Document interne de travail. Ces projections s'appuient en 2012, 2013, et 2014, sur un taux d'accroissement annuel de la population de 3,4 % (contre 2,8 % pour les Nations Unies, hypothèse moyenne).

<sup>5</sup> Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, juin 2013. Disponible en ligne : <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2012-revision.html>.

Malgré ces estimations divergentes, l'accélération de la croissance démographique depuis 1960 ne fait aucun doute, puisque la population de la RDC en 2014 apparaît environ cinq fois plus élevée qu'en 1960 (4,5 à 5,5 fois plus élevée selon l'estimation retenue).

Les estimations de la population pour chacune des onze provinces du pays (Kinshasa étant une ville-province) et les densités correspondantes, varient également selon la source (tableau 1.1.1). Selon les estimations de l'INS, la province la plus peuplée en 2014 était le Katanga avec 12,7 millions d'habitants, suivie de Kinshasa (11,1 millions). Mais si on applique la répartition par province dérivée des estimations de Léon de Saint Moulin en 2010, à la population estimée par les Nations Unies en 2014, c'est Kinshasa qui, avec 9,5 millions d'habitants, est la province la plus peuplée suivie du Katanga (9,3 millions), la province la moins peuplée étant dans les deux cas le Maniema avec 2,3 millions d'habitants selon l'estimation de l'INS, contre 1,5 million selon la seconde estimation (soit un écart de 50 % entre les deux estimations !). Les populations des autres provinces se situent entre 4 et 9 millions d'habitants selon les estimations, avec des différences variables selon les provinces.

Tableau 1.1.1 : Estimations de la population et de la densité de chaque province en 2014 selon l'INS et diverses sources

Provinces	% de la population INS 2014	% selon St Moulin	Population en millions INS 2014	Population estimées (1) en millions	Différence INS moins estimation	Superficie en km <sup>2</sup>	Densité 2014 INS	Densité estimée 2014
Kinshasa	13,3 %	14,1 %	11,1	9,8	1,3	9 965	1 109	980
Bas-Congo	6,5 %	5,5 %	5,4	3,8	1,6	53 920	100	71
Bandundu	11,1 %	10,5 %	9,2	7,3	1,9	295 658	31	25
Équateur	10,0 %	10,5 %	8,4	7,3	1,1	403 292	21	18
P. Orientale	10,6 %	11,3 %	8,8	7,9	0,9	503 239	17	16
Nord-Kivu	7,7 %	8,8 %	6,4	6,1	0,3	59 483	108	103
Sud-Kivu	6,7 %	7,5 %	5,6	5,2	0,4	65 070	86	80
Maniema	2,7 %	2,2 %	2,3	1,5	0,8	132 250	17	11
Katanga	15,3 %	13,4 %	12,7	9,3	3,4	496 877	26	19
Kasaï Oriental	8,9 %	9,4 %	7,4	6,5	0,9	170 302	44	38
Kasaï Occidental	7,1 %	6,9 %	5,9	4,8	1,2	154 742	38	31
Total RDC	100,0 %	100,0 %	83,2	69,4	13,8	2 344 798	35	30

Note (1) : Estimations basées sur la population totale en 2014 selon les Nations Unies, hypothèse moyenne.

Sources : Léon de Saint Moulin, 2010 ; et Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012*.

La densité moyenne pour l'ensemble du pays reste modeste, de l'ordre de 30 habitants par kilomètre carré, mais avec des disparités considérables entre provinces et encore davantage entre districts. Kinshasa mise à part, les densités les plus élevées sont observées dans les provinces de l'est du pays, à savoir dans le Nord-Kivu et le Sud-Kivu, avec respectivement environ 80 et 100 habitants par kilomètre carré, ainsi que dans le Bas-Congo où la densité se situe entre 70 et 100 habitants par kilomètre carré selon l'estimation retenue. Les provinces de l'est du pays ont connu dans le passé un afflux d'immigrés et de réfugiés en provenance des pays voisins, en particulier du Rwanda, dans le milieu des années 1990. Des densités intermédiaires, d'environ 30 à 40 habitants par kilomètre carré, se constatent aux Kasaï Oriental et Occidental ainsi que dans le Bandundu, tandis que les densités les plus faibles, d'environ 10 à 20 habitants par kilomètre carré, se retrouvent au Katanga, dans l'Équateur, dans la Province Orientale et dans le Maniema.

Ces résultats sont la conséquence des évolutions démographiques diverses de chaque province, évolutions que l'on peut retracer à partir des résultats de l'enquête socio-démographique de 1955-1957, des résultats du recensement de 1984, et des estimations de la population de chaque province en 2010 faites par Léon de Saint Moulin (tableau 1.1.2).

Tableau 1.1.2 : Population de chaque province en 1955-1957, 1984 et 2010

Provinces	Population en milliers			Ratio 1956-2010	Croissance moyenne 1984-2010
	Enquête 1955-1957	Recensement De 1984	Estimation St. Moulin 2010		
Kinshasa	318	2 664	9 711	30,5	5,1 %
Bas-Congo	851	1 995	3 790	4,5	2,5 %
Bandundu	1 873	3 770	7 255	3,9	2,6 %
Équateur	1 756	3 574	7 237	4,1	2,8 %
Orientale	2 336	4 315	7 813	3,3	2,3 %
Nord-Kivu	735	2 434	6 091	8,3	3,6 %
Sud-Kivu	831	2 108	5 155	6,2	3,5 %
Maniema	446	850	1 497	3,4	2,2 %
Katanga	1 502	3 979	9 256	6,2	3,3 %
Kasaï Oriental	974	2 645	6 465	6,6	3,5 %
Kasaï Occidental	1 147	2 395	4 731	4,1	2,7 %
Total RDC	12 769	30 729	69 000	5,4	3,2 %

Sources : Enquête socio-démographique de 1955-1957 ; Recensement de 1984 ; Léon de Saint Moulin, 2010.

Globalement la population, telle qu'estimée en 2010, apparaît 5,4 fois plus nombreuse qu'en 1955-1957. Mais, Kinshasa mise à part, elle serait 8 fois plus nombreuse pour le Nord-Kivu, et 6 fois plus nombreuse pour le Sud-Kivu, le Katanga et le Kasaï Oriental. Pour les autres provinces, la population aurait été multipliée par près de 4 entre 1955-1957 et 2010, sauf pour la Province Orientale et le Maniema, où la population n'aurait été multipliée que par 3. Ces différences d'évolutions entre provinces, qui devront être affinées lorsque les données du prochain recensement de population seront disponibles, sont le résultat de différents facteurs : différences entre les niveaux de mortalité et de fécondité entre provinces ; migrations rurales-urbaines ; déplacements de population suite à des conflits ou troubles intérieurs ; et importance des activités minières dans certaines provinces.

Le territoire de la RDC s'est donc bien « rempli » au cours des 50 dernières années. Il faut souligner à ce sujet que la croissance démographique du pays ainsi que de la plupart des provinces, qui se situe autour de 3 % depuis 1984, est sans précédent dans l'histoire des populations humaines (sauf en cas d'immigration massive). Une telle croissance a conduit au doublement de la population tous les 20-25 ans selon les provinces (et tous les 15 ans dans le cas de Kinshasa). Faire face à des augmentations aussi importantes suppose une rapidité exceptionnelle d'adaptation des populations et des autorités, mais aussi des moyens considérables qui, par le passé ont souvent fait défaut. Il est vrai que la RDC dispose toujours, du moins dans certaines provinces, d'espaces disponibles pour une mise en valeur agricole ou autre. Cependant, dans nombre de cas, d'importants travaux d'assainissement et d'infrastructures (y compris le développement de moyens de communication) sont nécessaires pour faciliter le peuplement des zones aujourd'hui peu densément peuplées. Il faut toutefois noter que la tendance actuelle est plutôt celle d'un mouvement vers les villes plutôt que vers les zones rurales.

Si entre 1960 et 2014, la population totale a été approximativement multipliée par 5, la population urbaine elle, aurait été multipliée par 7, et serait passée de 3,4 millions en 1960, à 25 millions en 2014, selon les estimations de la Division de la population des Nations Unies<sup>6</sup> (ou à près de 27 millions selon l'INS). Le pourcentage correspondant de la population urbaine serait ainsi passé de 22 % en 1960, à 36 % en 2014 (ou 32 % selon l'INS). La RDC est donc toujours un pays majoritairement rural, mais les projections d'urbanisation réalisées par les Nations Unies en 2011, anticipent que la population de la RDC pourrait devenir majoritairement urbaine avant 2040<sup>7</sup>. Cette urbanisation est le résultat de la croissance rapide de nombreuses villes sur l'ensemble du territoire, mais plus particulièrement de Kinshasa et des capitales provinciales les plus peuplées<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, juin 2013. Disponible en ligne : <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2012-revision.html>.

<sup>7</sup> Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision*, 2012. Disponible en ligne : <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-urbanization-prospects-the-2011-revision.html>.

<sup>8</sup> Léon de Saint Moulin, *Villes et organisation de l'espace en République démocratique du Congo*, Paris, L'Harmattan, 2010, 302 pages, « Cahiers Africains » n° 77.

La population de Kinshasa serait ainsi passée d'environ 440 000 habitants au moment de l'indépendance en 1960, à 9,5 millions en 2014 selon les estimations des Nations Unies, et à 11 millions selon l'INS. Elle a donc été multipliée de 20 à 25 fois, selon la source. Viennent ensuite les villes de Lubumbashi (Katanga) et Mbuji-Mayi (Kasaï Oriental), dont les populations seraient passées de moins de 200 000 en 1960, à plus de 1,6 million en 2014, soit une multiplication par 9 pour Lubumbashi, et par 12 pour Mbuji-Mayi<sup>9</sup>. Quant aux populations de Kananga (Kasaï Occidental) et Kisangani (Province Orientale), elles seraient passées de moins de 150 000 habitants en 1960, à plus ou moins un million en 2014, soit dans les deux cas une multiplication par sept. La population de ces cinq villes millionnaires totaliserait ainsi 14,6 millions d'habitants en 2014 (dont 9,5 millions pour Kinshasa, soit 65 % du total, et 5,1 millions pour les quatre autres villes, soit 35 %).

Les populations de six autres capitales provinciales ont également augmenté, mais en de faibles proportions. Léon de Saint Moulin les estimait en 2010, par ordre décroissant, à environ 550 000 habitants pour Bukavu (Sud-Kivu), 300 000 habitants pour Goma (Nord-Kivu), entre 250 000 et moins de 300 000 habitants pour Matadi (Bas-Congo) et Mbandaka (Équateur), et environ 150 000 habitants pour Bandundu (Bandundu) et Kindu (Maniema). L'urbanisation était également variable par province. Toujours selon Léon de Saint Moulin, les taux d'urbanisation en 2010 (Kinshasa mise à part) étaient les plus élevés au Katanga et au Kasaï Oriental (environ 40 %), puis au Kasaï Occidental (environ 30 %), tandis que dans les autres provinces, les taux d'urbanisation se situaient toujours à des niveaux relativement modestes allant de 15 % à 25 %.

Au total, en 2014, un Congolais sur 5 (21 %) vit dans l'une des cinq villes millionnaires du pays (14 % à Kinshasa et 7 % dans les quatre autres villes), et la population de ces villes représenterait, 58 % de la population urbaine de la RDC (38 % pour Kinshasa et 20 % pour les quatre autres villes).

Il faut noter enfin que la croissance de l'ensemble de la population urbaine est aujourd'hui tout autant le résultat de son accroissement naturel que des migrations rurales-urbaines, dont la croissance s'est réduite par rapport aux taux enregistrés dans les années 1960 et 1970. Cela n'est pas dû à un ralentissement des migrations rurale-urbaines, mais plutôt à un effet structurel. En effet, à l'époque où les ruraux étaient près de 4 fois plus nombreux que les urbains, au début des années 1960, l'arrivée en ville de 1 % de migrants ruraux équivalait à près de 4 points de croissance urbaine, soit les deux tiers de la croissance urbaine d'alors, estimée à 6 % par an (et à 10 % pour Kinshasa). Aujourd'hui cependant, les ruraux sont seulement deux fois plus nombreux que les urbains, ce qui signifie que 1 % de migrants ruraux ne contribue plus qu'à 2 points de croissance urbaine, soit environ la moitié de la croissance urbaine estimée en 2014 à 4,4 % par an.

## 1.2 Dynamique démographique : la fécondité reste le moteur principal

L'augmentation rapide de la population de la RDC depuis son indépendance est la conséquence de la baisse de la mortalité, au moins jusqu'au début des années 1990, et du maintien, sur une période exceptionnellement longue, d'une fécondité élevée.

Nous avons privilégié ici les estimations publiées en 2013 par la Division de la population des Nations Unies, plutôt que celles de l'INS<sup>10</sup>. Les projections des Nations Unies proposent en effet une reconstitution de la dynamique démographique de la RDC de 1950 à 2010 qui s'appuie en particulier sur : les résultats de l'enquête socio-démographique de 1955-1957 ; les résultats du recensement administratif de 1970, et ceux du recensement scientifique de 1984 ; ainsi que sur les données des

---

<sup>9</sup> Estimations faites à partir des données des Nations Unies : Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, *World Population Prospects: The 2012 Revision*, juin 2013. Disponible en ligne :

<http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-the-2012-revision.html>, et *World Urbanization Prospects : The 2011 Revision*, 2012. Disponible en ligne :

<http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-urbanization-prospects-the-2011-revision.html>.

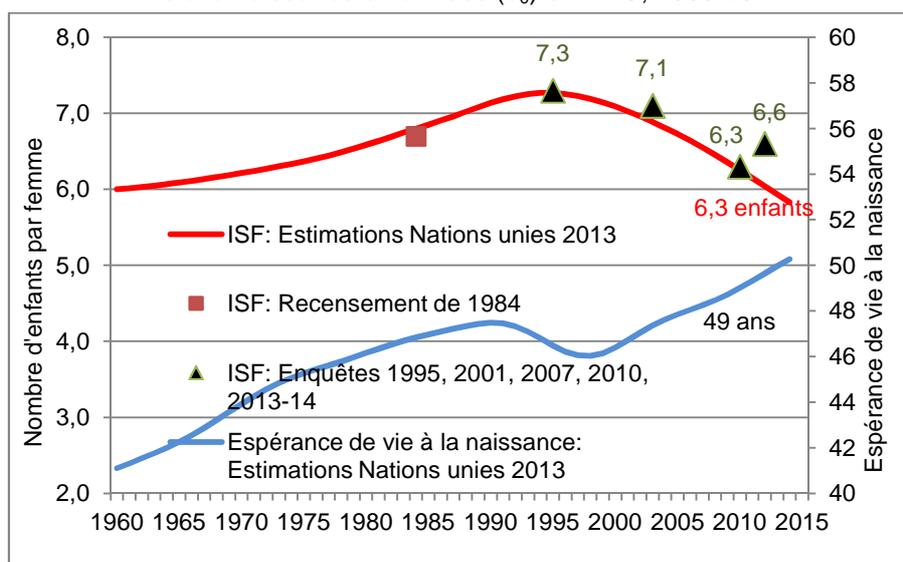
Ces estimations sont quelque peu inférieures à celles basées sur les taux de croissance des villes données en 2010 par Léon de Saint Moulin, *Villes et organisation de l'espace en République démocratique du Congo*, Paris, L'Harmattan, 2010, 302 p., « Cahiers Africains » n° 77.

<sup>10</sup> D'une part les *Projections de la population de la RDC et des provinces 2011-2015* ne portent que sur 5 ans, et d'autre part les hypothèses de fécondité et de mortalité qui sous-tendent ces projections ne sont pas documentées, contrairement aux estimations des Nations Unies, qui sont facilement accessibles et bien documentées pour la période 1950-2010, et utilisées par la quasi-totalité des partenaires au développement de la RDC.

quatre enquêtes conduites depuis 1984, à savoir les enquêtes *MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys, ou enquêtes par grappes à indicateurs multiples)* de 1995, 2001 et 2010, et l'*Enquête démographique et de santé (EDS)* de 2007. Cette reconstitution reste approximative, mais elle sera mise à jour à l'occasion des révisions biennales des projections de population des Nations Unies en fonction des nouvelles données qui seront publiées, notamment les résultats définitifs de l'*Enquête démographique et de santé (EDS)* menée en RDC fin 2013 début 2014, et bien sûr les résultats du prochain recensement. On notera que les résultats préliminaires de l'*EDS 2013-2014* ont été publiés en mai 2014, au moment même de la rédaction finale de la présente étude<sup>11</sup>, et nous avons tenu compte de ces derniers chaque fois que possible.

Les données disponibles sur la mortalité et la fécondité sont présentées ci-dessous pour la période 1960-2014. On notera que les estimations des Nations Unies de 2011 à 2014 sont celles de l'hypothèse moyenne d'évolution de la fécondité de leurs projections de 2012 (figure 1.2.1).

Figure 1.2.1 : Estimations de l'évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) et de l'espérance de vie à la naissance en années ( $e_0$ ) en RDC, 1960-2014

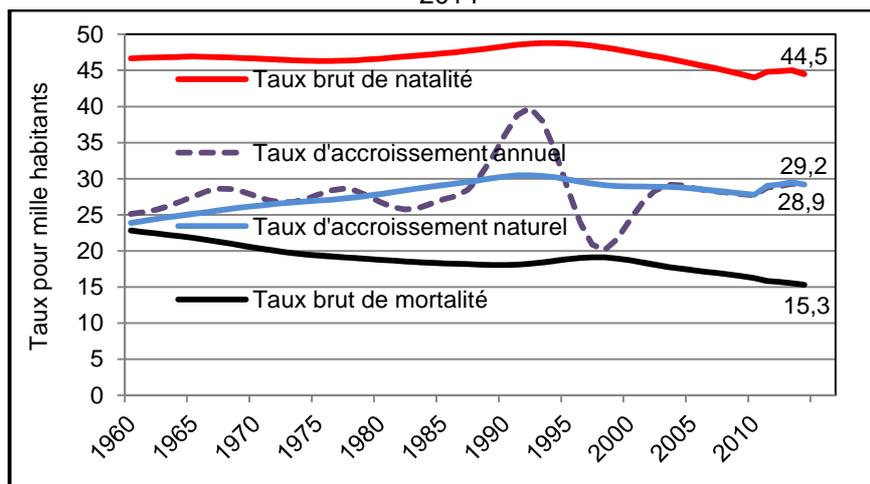


Sources : Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012* ; Résultats du recensement de 1984 ; et Résultats d'enquêtes.

Sur l'ensemble de la période, l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes aurait augmenté modestement, passant de 41 ans en 1960 à 49 ans en 2010. En fait, au cours de ces 50 années, l'espérance de vie à la naissance aurait connu une période de ralentissement, du milieu des années 1970 à la fin des années 1980, puis de recul dans les années 1990, et enfin une reprise de sa progression dans les années 2000. Concernant la fécondité, celle-ci aurait augmenté de 6 enfants par femme au début des années 1960, jusqu'à un maximum de 7 enfants par femme entre la fin des années 1980 et le début des années 2000. Elle aurait ensuite amorcé une baisse somme toute modeste, puisque la fécondité en 2010 était estimée à 6,3 enfants par femme (le même chiffre que celui trouvé lors de l'*EDS 2007*) et à 6,6 enfants par femme pour les années 2011-2013 selon les résultats préliminaires de l'*EDS 2013-2014*. Malgré le caractère approximatif de cette reconstitution, on peut donc qualifier la transition démographique en RDC de lente et irrégulière, avec néanmoins toujours une croissance naturelle exceptionnelle sur l'ensemble de la période. Cette croissance est comprise entre 2,5 % et 3 % par an, ou 25 et 30 pour 1000 (figure 1.2.2).

<sup>11</sup> République Démocratique du Congo, Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité et Ministère de la Santé Publique, *Enquête Démographique et de Santé 2013-2014 - Rapport préliminaire*, Measure DHS, ICF International, Rockville (Maryland, USA), mai 2014, 54 p. Disponible en ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR48/PR48.pdf>.

Figure 1.2.2 : Évolution des taux de natalité, de mortalité, et d'accroissement naturel et annuel, 1960-2014



Sources : Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012* jusqu'en 2010 ; et estimations pour 2011-2014 (voir 2.2).

Le ralentissement puis le recul de l'espérance de vie à la naissance ont plusieurs causes. Il s'agit d'abord de la hausse de la mortalité chez les adultes et les enfants, imputable à l'épidémie du VIH/sida qui s'étend dans le pays au cours des années 1970. On a estimé le nombre de personnes infectées à environ 240 000 en 1990, 440 000 en 2010, et 430 000 en 2014<sup>12</sup>. En 2014, on estimait que 56 % des personnes infectées étaient des femmes, ce qui est le signe d'une transmission essentiellement hétérosexuelle de la maladie. Toujours en 2014, environ 75 % des personnes infectées étaient âgées 15 à 49 ans, 15 % étaient des enfants de moins de 15 ans, et 11 % des jeunes de 15 à 24 ans. Le nombre annuel de décès imputables à l'épidémie serait passé de 16 000 en 1990, à un maximum de 36 000 en 2005, et il était estimé à 32 000 en 2014. Ces décès ont représenté un maximum de 4 % de l'ensemble des décès au début des années 2000, contre 3 % en 2014. Au total, le nombre cumulé des décès imputables au VIH/sida depuis le début de l'épidémie est estimé à 343 000 en 2000, 690 000 en 2010, et 816 000 en 2014, soit environ 3 % de l'ensemble des décès cumulés depuis 1975. Il faut souligner cependant le succès des actions de prévention qui ont été entreprises, puisque celles-ci ont permis d'enrayer l'extension de la maladie. En effet, le pourcentage de personnes de 15 à 49 ans infectées (ou prévalence) aurait crû jusqu'à un maximum de 1,5 % entre 1998 et 2003, pour décroître ensuite à 1,2 % en 2010, puis 1 % en 2014. Le nombre de nouveaux cas d'infection serait resté supérieur à 50 000 entre 1998 et 2002, mais il aurait décliné ensuite, et il était estimé à 30 000 en 2014. Ces estimations sont cohérentes avec celles publiées par ONUSIDA dans son *Rapport 2013* sur l'épidémie<sup>13</sup>. ONUSIDA estime en effet que la prévalence de la maladie en RDC parmi la population de 15-49 ans était en 2001 de 1,4 % à 1,7 % (avec une valeur centrale de 1,5 %), tandis qu'elle se situait en 2012 entre 1,0 % et 1,2 % (avec une valeur centrale de 1,1 %). Le nombre total de personnes infectées (adultes et enfants) était estimé entre 400 000 et 490 000 (avec une valeur centrale de 440 000) en 2001, et entre 440 000 et 530 000 (avec une valeur centrale de 480 000) en 2012. Ces chiffres importants soulignent la nécessité de poursuivre les actions de prévention visant à éviter l'extension de la maladie, ainsi que la nécessité de la prise en charge des personnes infectées.

Le recul de l'espérance de vie à la naissance dans les années 1990 et au début des années 2000, a été imputé à la surmortalité consécutive aux troubles ayant accompagné la deuxième guerre du Congo, entre 1998 et 2004<sup>14</sup>. Les chiffres de 4 à 6 millions de décès ont souvent été avancés à ce sujet, et le rapport du Comité international de secours donne le chiffre de 5,5 millions de morts dus

<sup>12</sup> Ces données sont tirées de la version 5.03 de février 2014 du module AIM de SPECTRUM, par le *Futures Institute*, voir <http://www.futuresinstitute.org/spectrum.aspx>, en utilisant pour la période 1970-2021 les données de la RDC (« default data for DRC ») qui s'appuient sur les estimations rétrospectives 1970-2010, et après 2010, sur les estimations de la révision 2012 des projections de population de la Division de la population des Nations Unies.

<sup>13</sup> ONUSIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*. Disponible en ligne : [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf).

<sup>14</sup> La 1<sup>re</sup> guerre du Congo a eu lieu en 1996, lorsque les troupes de l'Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo (AFDL) ont traversé le pays d'est en ouest, et renversé le régime en place à Kinshasa. Mais de l'avis général, cette 1<sup>re</sup> guerre ne s'est pas traduite par une surmortalité importante, contrairement à la 2<sup>nde</sup>.

essentiellement à des causes non violentes telles que le paludisme, la diarrhée, la pneumonie et la malnutrition, ce qui ferait selon ce rapport de la guerre du Congo « le conflit le plus meurtrier documenté du monde depuis la Seconde Guerre mondiale »<sup>15</sup>. Ces estimations élevées, ont été contestées. On notera d'abord que selon les estimations des Nations Unies, le total des décès au cours des 7 années ayant précédé la guerre (1991-1997) est estimé à 5,2 millions. Si les décès supplémentaires consécutifs à la guerre pendant les 7 années suivantes (1998-2004) avaient été de 5,5 millions, cela aurait dû conduire à au moins 11 millions de décès. Or selon les Nations Unies, le total des décès pour 1998-2004 est moindre, puisqu'il est de 6,2 millions, soit 20 % de plus qu'entre 1991-1997, imputables pour une part importante à l'augmentation de la population, et donc du nombre de décès, entre 1991-1997 et 1998-2004. Par ailleurs, deux démographes ayant participé au contrôle de l'enregistrement des électeurs congolais en 2005-2006, ont comparé les résultats obtenus à cette occasion par sexe et par âge, avec les résultats qu'ils avaient calculés pour 2005, en reconstituant l'évolution de la population congolaise à partir des résultats de l'enquête socio-démographique de 1955-1957 et de ceux du recensement de 1984<sup>16</sup>. Ils sont ainsi arrivés à une estimation du nombre total de morts « supplémentaires » de 183 000, insistant bien sur le fait que ce sont là « toujours des morts de trop », ainsi que sur l'ampleur du drame humain vécu en RDC et les souffrances endurées par les Congolais, mais récusant les affirmations non scientifiquement fondées, mais « malheureusement universellement reprises », selon lesquelles les troubles au Congo auraient entraîné quatre millions (voire plus) de victimes.

Le retour de la paix en 2004 - paix fragile puisque des combats ont continué dans l'est du pays<sup>17</sup> - combiné avec la diminution de la prévalence de l'épidémie du VIH/sida, se traduit dans les enquêtes *EDS 2007* et *MICS 2010*, par une diminution de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, ce qui affecte positivement l'espérance de vie à la naissance, d'où l'estimation faite par les Nations Unies d'une reprise de la progression de l'espérance de vie dans les années 2000.

Concernant l'évolution de la fécondité, l'augmentation de 6 enfants par femme au début des années 1960, jusqu'à un maximum de 7 enfants par femme entre la fin des années 1980 et le début des années 2000, a été attribué pour l'essentiel à la diminution des niveaux élevés de stérilité dans les régions de l'est et du nord du pays<sup>18</sup>. La baisse qui s'amorce ensuite est surtout imputable à la baisse de la fécondité à Kinshasa, où elle était estimée à 3,5 enfants par femme en 2010, et à l'amorce d'une baisse dans le Bas-Congo, où elle était de 4,8 enfants par femme en 2010, tandis qu'à la même date, elle restait supérieure à 6 enfants par femme dans les autres provinces (sauf dans la Province Orientale, mais le chiffre de 2010 reste très inférieur à celui de 2007, ce chiffre est donc peut-être sous-estimé), comme l'indiquent le tableau 1.2.1 et la figure 1.2.4.

Les données disponibles suggèrent ainsi que la baisse de la fécondité à Kinshasa s'est amorcée dans les années 1980, de même que, mais de manière plus lente, dans le Bas-Congo. Dans les autres provinces, notamment à l'est du pays, entre l'enquête de 1955-1957 et les enquêtes de 2007 et 2010, la fécondité est soit restée à un niveau élevé, autour de 8 enfants par femme (Katanga, Sud-Kivu et Nord-Kivu), soit elle a augmenté (Maniema, Kasai Oriental et Province Orientale). Elle était comprise en 2007 ou 2010, entre 6 et 7 enfants par femme. Dans les autres provinces de l'ouest, la fécondité a également augmenté dans l'Équateur (de 5 à 7 enfants par femme), mais elle semble avoir un peu diminué au Bandundu et au Kasai Occidental, tout en restant supérieure à 6 enfants par femme. Au total en 2010, le chiffre moyen de 6,3 enfants par femme en RDC représente la moyenne pondérée d'une fécondité en baisse en milieu urbain (notamment à Kinshasa) et d'une fécondité en forte hausse en milieu rural, où elle est passée de moins de 5 enfants par femme en 1955-1957, à 7,1 enfants par femme en 2010. Ces niveaux élevés de fécondité sont la conséquence de grossesses souvent trop précoces, peu espacées, nombreuses et tardives, ceci dans un contexte de faible utilisation de la contraception.

Tableau 1.2.1 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) dans chaque province de 1955-1957 à 2010 selon diverses sources

Source des données

<sup>15</sup> Comité international de secours, 2004. <http://www.rescue.org/special-reports/special-report-congo-y>.

<sup>16</sup> A. Lambert et L. Lohlé-Tart, « La surmortalité au Congo (RDC) durant les troubles de 1998-2004 : une estimation des décès en surnombre, scientifiquement fondée à partir des méthodes de la démographie », ADRASS (Association pour le Développement de la Recherche Appliquée en Sciences Sociales), octobre 2008, 18 pages. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/demo/documents/Lambert.pdf>.

<sup>17</sup> Voir à ce sujet : Guerre du Kivu, [http://fr.wikipedia.org/wiki/Guerre\\_du\\_Kivu](http://fr.wikipedia.org/wiki/Guerre_du_Kivu).

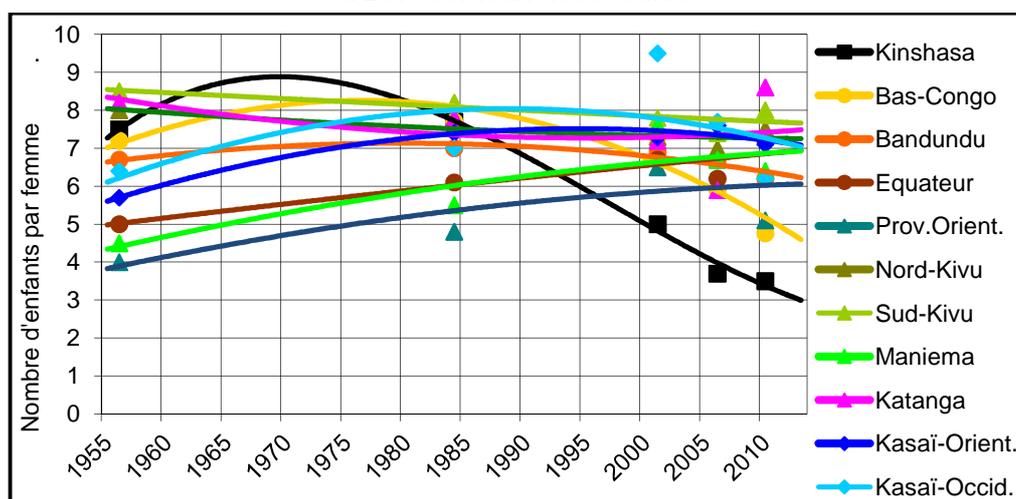
<sup>18</sup> A. Romaniuk, « Persistence of High Fertility in Tropical Africa: The Case of the Democratic Republic of the Congo », *Population and Development Review*, vol.37, n°1 (mars 2011), p. 1-28.

Provinces	E 1955-57	Rec.1984	MICS 2001	EDS 2007	MICS 2010
Kinshasa	7,5	7,7	5,0	3,7	3,5
Bas-Congo	7,2	7,7	7,3	5,9	4,8
Bandundu	6,7	7,1	6,9	6,7	6,2
Équateur	5,0	6,1	6,7	6,2	7,2
P. Orientale	4,0	4,8	6,5	6,7	5,1
Nord-Kivu	8,0	7,6 (1)	7,3	7,0	7,5
Sud-Kivu	8,5	8,2 (2)	7,8	7,4	8,0
Maniema	4,5	5,5	7,6	6,7	6,4
Katanga	8,2	7,8	7,2	5,9	8,6
Kasaï Oriental	5,7	7,4	7,3	7,6	7,1
Kasaï Occidental	6,4	7,0	9,5	7,7	6,2
Urbain	6,1	7,2	6,3	5,4	4,8
Rural	4,8	6,5	7,4	7	7,1
RDC	5,9	6,7	7,1	6,3	6,3

Notes (1) et (2) : il s'agit des chiffres estimés pour 1984 à partir du chiffre de 7,4 enfants par femme donné pour les deux Kivu.

Sources : A. Romaniuk, 2011 ; et MICS 2010, disponible en ligne : [http://www.childinfo.org/mics4\\_surveys.html](http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html) (voir « Congo, Democratic Republic of the »).

Figure 1.2.4 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) dans chaque province de 1955-1957 à 2010 selon diverses sources



Sources : mêmes sources que pour le tableau 1.2.1.

La dernière composante de la dynamique démographique du pays, est constituée par les mouvements migratoires, y compris les mouvements de réfugiés, qui ont été d'ampleur variable selon les époques, dépendant surtout des guerres et troubles intérieurs qu'a connus le pays. Ces mouvements sont ainsi très souvent le reflet des départs et éventuellement des retours en RDC de réfugiés congolais, et des arrivées en RDC de réfugiés des pays voisins, suivies aussi quelquefois de retours dans leur pays. La Division de la population des Nations Unies a ainsi estimé en 2012, pour la période 1960-1979, un solde migratoire positif de 503 000 personnes et pour la période 1980-1987 un solde négatif de 470 000 personnes. Puis, pour la période 1988-1994, le solde migratoire positif a été estimé à 1,4 million, suivi d'un solde négatif de près de 1,8 million pour la période 1995-2002 qui correspond aux années de la seconde guerre du Congo. Enfin à partir de 2003, les soldes migratoires annuels estimés sont faibles (quelques milliers seulement) et plutôt négatifs, celui de 2014 étant estimé à moins de 18 000 personnes.

La première conséquence de ces mouvements, et en particulier de ceux consécutifs aux guerres et troubles intérieurs qu'ont connu la RDC et les pays voisins, est l'importance du nombre de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur du pays. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) indique ainsi à la mi-2013 un total de 490 000 réfugiés congolais dans les pays voisins

(notamment au Burundi, au Rwanda, en Tanzanie et en Ouganda)<sup>19</sup>. On doit noter cependant qu'en 2012 et 2013, le HCR a aidé plus de 100 000 réfugiés congolais à retourner en RDC, et qu'il prévoit pour 2014 de faciliter le retour volontaire de 36 000 autres réfugiés. Par ailleurs le HCR estimait fin 2013 à 203 000 le nombre de réfugiés en RDC, dont 141 000 Rwandais (69 % du total) et 50 000 Centrafricains (25 %)<sup>20</sup>. Il faut cependant ajouter à ces chiffres 2,6 millions de personnes déplacées à l'intérieur de la RDC suite aux conflits qui ont affecté l'est du pays, ce qui porte à près de 3 millions (2,884 millions) le total des personnes relevant de la compétence du HCR en RDC fin 2013.

Par ailleurs, l'ensemble de ces mouvements migratoires et de réfugiés, s'est traduit par la constitution d'une diaspora congolaise vivant depuis plus ou moins longtemps à l'extérieur de la RDC. La Division de la population des Nations Unies a publié et mis en ligne en septembre 2013 de nouvelles estimations de « stocks de migrants » par pays d'origine et de destination pour 1990, 2000, 2010 et 2013<sup>21</sup>. Ces estimations doivent être utilisées avec précaution. Elles sont effet construites par interpolation, rétopolation et extrapolation du nombre de personnes nées hors du pays où elles résident (chiffres tirés essentiellement des recensements), auquel est ajouté le nombre de réfugiés pris en charge par le HCR. Ces réserves en tête, la Division de la population des Nations Unies estimait en 2013 à 607 000 le nombre de Congolais résidant hors de la RDC, parmi lesquels 86 % (principalement des réfugiés) résidaient en Afrique subsaharienne, essentiellement au Congo voisin (près de 140 000), au Rwanda (90 000) et en Ouganda (plus de 80 000), ces trois pays représentant la moitié du total des Congolais vivant hors de la RDC. Le nombre de Congolais vivant « au Nord », dans les pays dits développés, a été estimé en 2013 à 85 000 personnes, parmi lesquelles 67 000 vivaient en Europe et 14 000 en Amérique du Nord. Les trois quarts de ces 85 000 émigrants congolais se retrouvaient dans 5 pays : France (29 000) ; Royaume-Uni (12 000) ; Belgique (10 000) ; Canada (8 000) ; et États-Unis (6 000). Par ailleurs le nombre d'étrangers et de réfugiés en RDC a été estimé en 2013 à 216 000, parmi lesquels 23 000 (11 %) venaient de « pays du Nord » et 193 000 d'autres pays en développement, mais en fait essentiellement de pays voisins (Angola : 70 000 ; Rwanda : 62 000 ; et Burundi : 11 000).

On retiendra, d'une manière générale, la complexité et la difficulté d'évaluer correctement ces mouvements, qui sont le plus souvent associés à des situations instables. D'un point de vue strictement démographique, comme dans le cas du VIH/sida, l'impact des migrations et des mouvements de réfugiés sur l'évolution de la population a été limité, sauf au cours des années 1988-1994, durant lesquelles un nombre important de réfugiés sont entrés en RDC, et des années 1995-2002 (voir figure 1.2.2) qui, à l'inverse, ont été marquées par de nombreux départs de Congolais. Mais sur la période 1960-2010, c'est bien le maintien d'une fécondité élevée qui a été le moteur principal de la croissance démographique sans précédent qu'a connue la RDC.

Cette croissance exceptionnelle a généré des augmentations très rapides du nombre annuel de naissances, de 700 000 en 1960 à plus de 2,7 millions en 2010, et 3,1 millions en 2014, comme l'indique le tableau 1.2.2 (qui suppose que la fécondité s'est maintenue à 6,3 enfants par femme jusqu'en 2013, voir 2.2). Parallèlement, le nombre de décès, qui est moindre du fait de l'importance des jeunes de moins de 25 ans dans la population, a progressé moins vite, passant de 350 000 en 1960, à un million en 2010, et 1,1 million, en 2014. En conséquence, l'accroissement naturel annuel de la population s'est accéléré et il a été multiplié par 5, passant de 360 000 en 1960 à 1,7 million en 2010, et à 2 millions en 2014. Cette évolution a conduit à une multiplication par 4 ou 5 des effectifs de la population congolaise à tous les âges, mais plus particulièrement aux âges jeunes (figure 1.2.5). C'est ainsi que le nombre de Congolais de moins de 25 ans est passé de 10 millions en 1960, à 40 millions en 2010, et 45 millions en 2014, et qu'aujourd'hui deux Congolais sur trois ont moins de 25 ans.

<sup>19</sup> HCR, *Aperçu opérationnel sous-régional 2014 - Afrique centrale et Grands Lacs*. Aperçu statistique. Voir <http://www.unhcr.org/479f06bf2.html>.

<sup>20</sup> HCR, Profil d'opérations 2014 - République démocratique du Congo. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.fr/pages/4aae621d55f.html>.

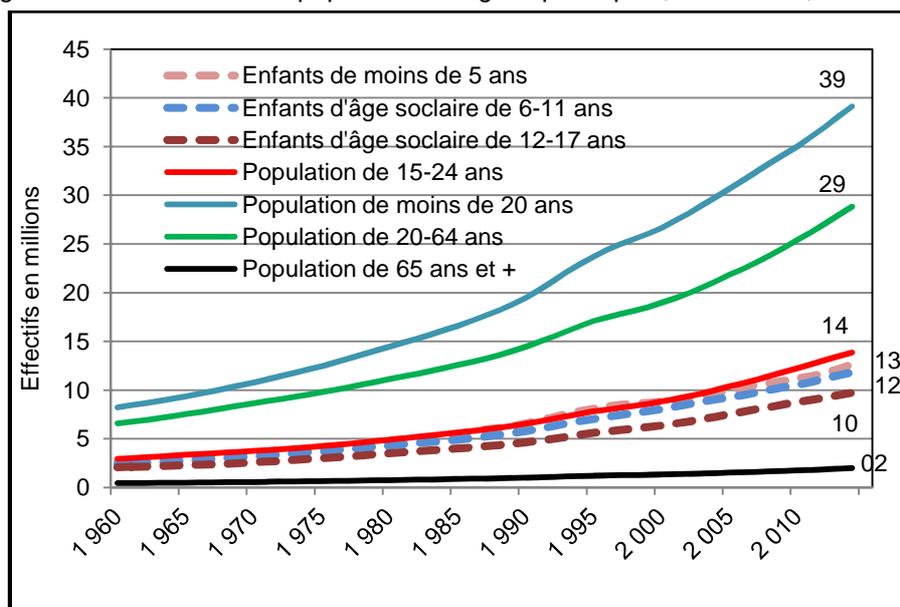
<sup>21</sup> Nations Unies, *Trends in International Migrant Stock: The 2013 revision*, 2013. Base de données des Nations Unies. Disponible en ligne : <http://esa.un.org/unmigration/TIMSA2013/migrantstocks2013.htm>.

Tableau 1.2.2 : Indicateurs démographiques 1960-2014 (effectifs en milliers)

	1960	1980	1990	2000	2010	2014
Population totale en milliers	15 248	26 357	34 911	46 949	62 191	69 958
Taux de croissance annuel en %	2,5	2,7	3,6	2,4	2,8	2,9
Population urbaine	3 400	7 570	9 685	13 758	20 975	25 115
Pourcentage de la population urbaine	22,3	28,7	27,7	29,3	33,7	35,9
Population de Kinshasa	443	2 053	3 520	5 414	8 415	9 457
Population rurale	11 848	18 788	25 225	33 192	41 216	44 843
Pourcentage de la population rurale	77,7	71,3	72,3	70,7	66,3	64,1
Indice synthétique de fécondité	6,0	6,6	7,1	7,1	6,3	6,2
Espérance de vie à la naissance	41,1	46,1	47,5	46,4	49,0	50,3
Taux brut de natalité pour 1000	46,7	46,6	48,4	47,6	44,0	44,5
Taux brut de mortalité en pour 1000	22,8	18,7	18,0	18,7	16,2	15,3
Taux d'accroissement naturel pour 1000	23,9	27,9	30,4	28,9	27,8	29,2
Naissances par an en milliers	713	1 228	1 710	2 255	2 741	3111
Décès par an en milliers	349	494	637	884	1 011	1069
Naissances – décès par an en milliers	364	734	1 073	1 371	1 731	2043
Accroissement annuel en milliers	383	705	1 261	1 138	1 723	2 025
Enfants de moins de 5 ans	2 678	4 780	6 566	8 844	11 180	12 619
Enfants de moins de 15 ans	6 612	11 755	15 894	21 807	28 275	31 622
Enfants et jeunes de moins de 20 ans	8 211	14 438	19 453	26 652	35 015	39 132
Enfants et jeunes de moins de 25 ans	9 568	16 681	22 449	30 637	40 542	45 487
Enfants d'âge scolaire de 6 à 11 ans	2 402	4 304	5 773	8 048	10 537	11 807
Enfants d'âge scolaire de 12 à 17 ans	2 074	3 516	4 643	6 387	8 769	9 726
Jeunes de 15 à 24 ans	2 956	4 927	6 554	8 830	12 267	13 865
Femmes de 15 à 49 ans	3 750	6 099	7 857	10 370	14 125	16 001
Population de 15 à 64 ans	8 188	13 839	18 002	23 814	32 155	36 352
Population de 20 à 64 ans	6 589	11 156	14 443	18 969	25 415	28 842
Population de 65 ans et plus	447	764	1 014	1 328	1 761	1 984
% Enfants de moins de 5 ans	17,6	18,1	18,8	18,8	18,0	18,0
% Enfants de moins de 15 ans	43,4	44,6	45,5	46,4	45,5	45,2
% Enfants et jeunes de moins de 20 ans	53,9	54,8	55,7	56,8	56,3	55,9
% Enfants et jeunes de moins de 25 ans	62,8	63,3	64,3	65,3	65,2	65,0
% Population de 15 à 64 ans	53,7	52,5	51,6	50,7	51,7	52
% Population de 20 à 64 ans	43,2	42,3	41,4	40,4	40,9	41,2
% Population de 65 ans et plus	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8
Taux de dépendance < 15 et 65+ / 15 à 64 ans (%)	86	90	94	97	93	92
Taux de dépendance < 20 et 65+/20 à 64 ans (%)	131	136	142	148	145	143
Ratio actifs sur inactifs 15 à 64 ans / <15 et 65+	1,16	1,11	1,06	1,03	1,07	1,08
Ratio actifs sur inactifs 20 à 64 ans / <20 et 65+	0,76	0,73	0,71	0,68	0,69	0,7

Sources : Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012* jusqu'en 2010 ; et estimations pour 2014 (cf. la sous-section 2.2).

Figure 1.2.5 : Évolution de populations d'âges spécifiques, 1960-2014, en millions



Sources : Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012* jusqu'en 2010 ; puis estimations (cf. la sous-section 2.2).

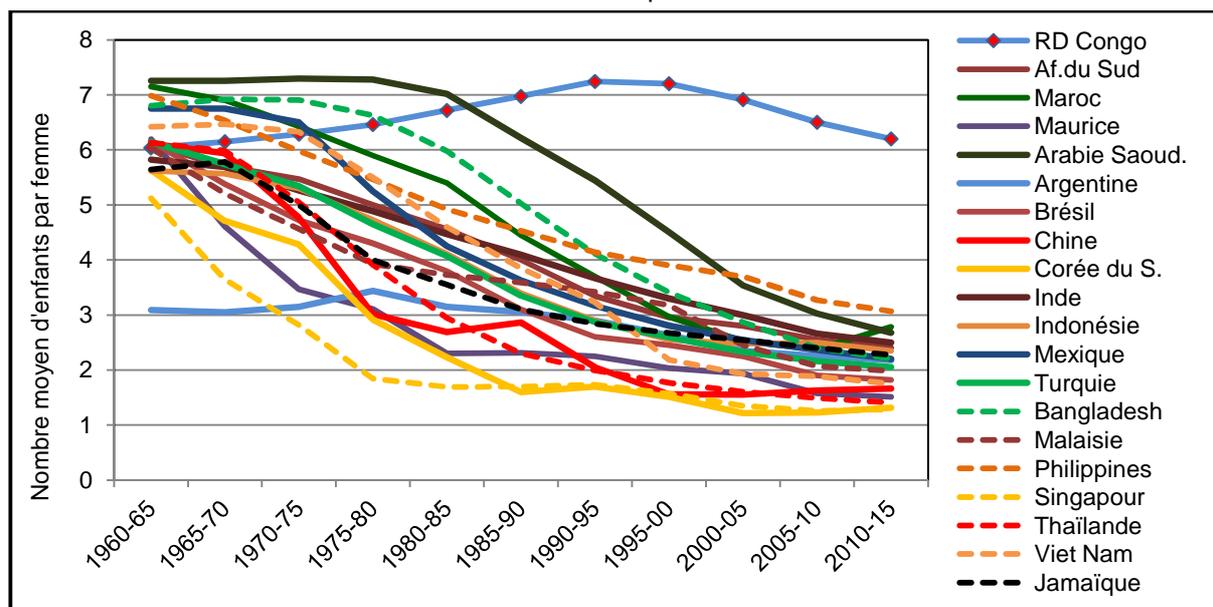
Entre 1960 et 2010, les effectifs des enfants de moins de 5 ans, et des enfants scolarisables dans le primaire et le secondaire (de 6 à 11 ans et de 12 à 17 ans) ont été multipliés par 4, et continuent actuellement d'augmenter de quelque 250 000 enfants par an. Il en va de même pour les effectifs des moins de 20 ans, qui continuent de croître de 900 000 par an, et pour ceux des 15 à 24 ans (les entrants sur le marché du travail) qui augmentent de 400 000 par an. Dans le même temps, la population potentiellement active âgée de 20 à 64 ans (plutôt que de 15 à 64 ans, pour tenir compte de la nécessité d'accroître la scolarisation au niveau secondaire) est passée de 6,6 millions de personnes, à 25 millions de personnes en 2010, et 29 millions de personnes en 2014. Mais le nombre de personnes à la charge de ces actifs (les moins de 20 ans, auxquels il faut ajouter les 65 ans et plus) a augmenté plus rapidement, ce qui a entraîné une charge accrue pour ces actifs, d'où l'augmentation du taux de dépendance pour « 100 actifs potentiels » de 20 à 64 ans, qui est passé de 131 personnes en 1960 à 145 personnes en 2010.

### 1.3 La transition de la fécondité est achevée dans les pays émergents

Cette évolution - maintien depuis 1960 d'une forte croissance démographique et augmentation continue du nombre de jeunes - est en complet décalage avec les évolutions observées dans les pays qualifiés aujourd'hui de pays émergents (mais qui étaient qualifiés de pays « sous-développés » dans les années 1950), et qui pour la plupart ont mis en place très tôt des politiques de maîtrise de leur fécondité, et ont donc pu ainsi ralentir leur croissance démographique.

Pour illustrer ce décalage, nous avons comparé l'évolution de la fécondité en RDC avec celles de 19 pays en développement, dont certains émergents (figure 1.3.1). Nous avons ainsi retenu trois pays en Afrique, à savoir l'Afrique du Sud, Maurice et le Maroc, comme faisant partie des quelques pays africains dont la transition de la fécondité est achevée ou en voie d'achèvement, puis les 9 pays en développement qui, outre l'Afrique du Sud, font partie du groupe du G20 : Arabie Saoudite, Argentine, Brésil, Chine, Corée du Sud, Inde, Indonésie, Mexique, et Turquie, auxquels ont été ajoutés sept autres pays en développement très différents en terme de taille, d'histoire et de tradition religieuse : le Bangladesh (qui fait partie du groupe des pays les moins avancés, tout comme 34 des 48 pays d'Afrique subsaharienne), la Malaisie, les Philippines (pays catholique où les programmes de planification familiale ont rencontré une vive opposition), Singapour, la Thaïlande, le Viêt Nam, et la Jamaïque.

Figure 1.3.1 : Évolution de la fécondité dans divers pays en développement et quelques pays africains depuis 1960



Source : Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012*.

Malgré l'hétérogénéité de ces pays, on notera que la fécondité y a fortement diminué, passant en gros de 6 à 7 enfants par femme au début des années 1960<sup>22</sup>, à 1,5 à 3 enfants par femme vers 2010. Pour la période 2005-2010 (la dernière période la mieux connue), les estimations les plus basses (de 1,2 à 1,9 enfant par femme) étaient par ordre croissant celles de la Corée du Sud, de Singapour, de la Thaïlande, de Maurice, de la Chine, du Viêt-Nam et du Brésil. Quant aux estimations les plus hautes, entre 2,5 et 3,3 enfants par femme, elles étaient par ordre croissant celles de l'Indonésie, de l'Afrique du Sud, de l'Inde, de l'Arabie Saoudite et des Philippines (avec pour ces deux derniers pays respectivement 3,0 et 3,3 enfants par femme). La transition vers des niveaux maîtrisés de fécondité est donc achevée ou presque achevée dans ces pays, et cela s'est fait en une quarantaine d'années<sup>23</sup>.

Par contraste, la transition de la fécondité est loin d'être achevée dans la plupart des 48 pays d'Afrique subsaharienne, même si les situations sont diverses. Cette diversité est reflétée dans la figure 1.3.2 qui retrace l'évolution de la fécondité depuis 1960 dans 20 pays. En fait, seuls 10 pays, représentant 9 % de la population de la région, avaient en 2005-2010 une fécondité inférieure à 4 enfants par femme et pouvaient donc être considérés comme ayant achevé ou étant sur leur point d'achever leur transition de la fécondité. Ces pays sont pour la plupart situés en Afrique australe ou sont des États insulaires. Dans les 38 autres pays, la fécondité restait donc égale ou supérieure à quatre enfants par femme. On peut distinguer parmi ces pays : a) les pays dont la transition de la fécondité est en cours et qui avaient en 2005-2010 une fécondité comprise entre 4 et moins de 5 enfants par femme (9 pays représentant 15 % de la population) ; b) les pays dont la transition de la fécondité est lente et irrégulière, et qui avaient une fécondité comprise entre 5 et moins de 6 enfants par femme (19 pays représentant 34 % de la population) ; et enfin c) les pays dont la transition de la fécondité est très lente, voire à peine amorcée, dont la fécondité restait supérieure à 6 enfants par femme (10 pays représentant 42 % de la population de la région). La RDC appartient à cette dernière catégorie, tout comme l'Angola, le Burundi, l'Ouganda et la Somalie, ainsi que le Nigéria et quatre pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger et Tchad). La RDC fait donc partie des 12 pays sur 199 pays et territoires, pour lesquels la Division de la population des Nations Unies estime que les femmes avaient toujours en 2005-2010 plus de 6 enfants en moyenne. Dix de ces pays sont des pays d'Afrique subsaharienne, les deux autres étant l'Afghanistan et le Timor-Leste.

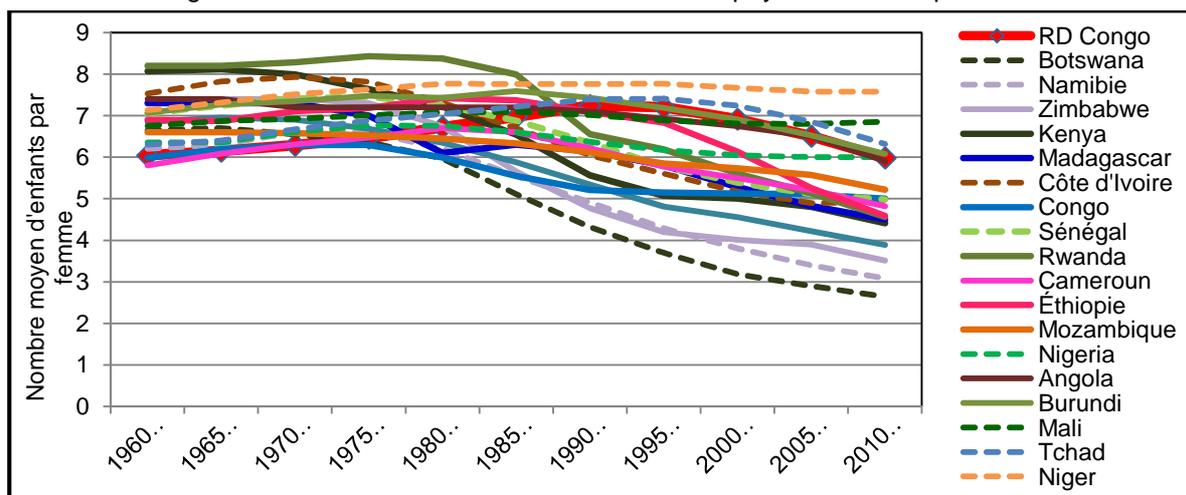
<sup>22</sup> Sauf l'Argentine, qui avait déjà en 1960 une fécondité proche de celle des pays dits développés.

<sup>23</sup> J.-P. Guengant et J. F. May, « African Demography », *Global Journal of Emerging Market Economies*, vol. 5 n° 3, Los Angeles, SAGE Publications, 2013, p. 215-267. Version d'auteur : *Africa 2050, African demography*, Emerging Markets Forum. Disponible en ligne :

[http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers13-07/010059333.pdf#search=%22guengant%22](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-07/010059333.pdf#search=%22guengant%22).

J.-P. Guengant et J. F. May, « Accelerating the Demographic Transition », dans T. Ahlers, H. Kato, H.S. Kohli, C. Madavo, et A. Sood, dir., *Africa 2050. Realizing the Continent's Full Potential*, New Delhi, Oxford University Press for Centennial Group International, 2014, p. 83-100.

Figure 1.3.2 : Évolution de la fécondité dans 20 pays africains depuis 1960

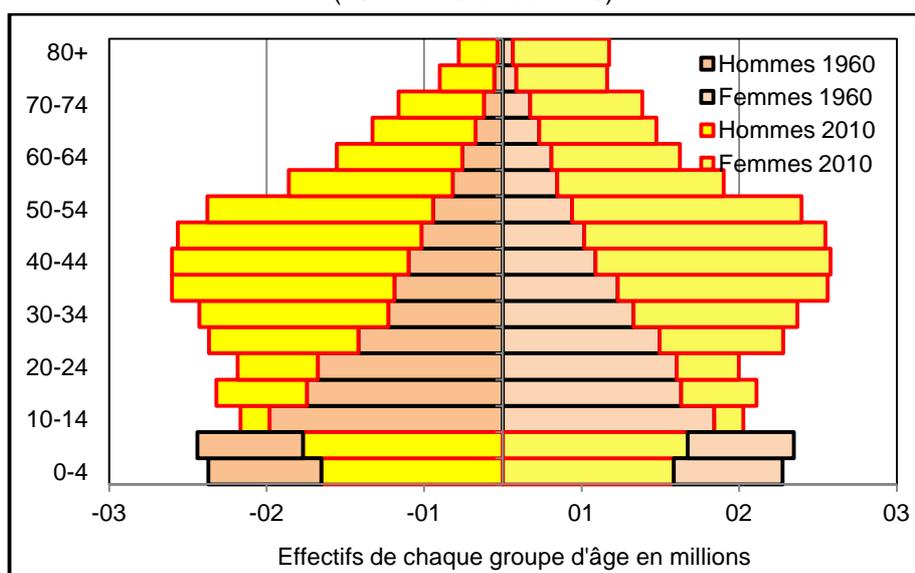


Source : Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012*.

Malgré les baisses très rapides de la fécondité enregistrées dans les pays émergents et les quelques pays africains ayant plus ou moins achevé la maîtrise de leur fécondité, les populations de ces pays ont continué à croître entre 1960 et 2010, du fait, d'une part, de leurs structures par âge restées relativement jeunes, et d'autre part, des diminutions de leur mortalité obtenues grâce à de meilleures performances de leurs systèmes de santé, et des progrès réalisés en matière d'hygiène, d'alimentation et de nutrition mais également de prévention des grossesses à risque. De fait, l'impact des baisses de la fécondité dans ces pays s'est d'abord fait sentir sur l'évolution du nombre des naissances, et par ricochet sur les structures par âge. C'est ainsi qu'entre le début des années 1960 et le début des années 2010, le nombre de naissances annuelles a diminué de moitié en Corée du Sud, de même qu'à Maurice, d'un tiers en Chine, et de 10 % au Brésil. Dans les autres pays, le nombre de naissances a été stabilisé, soit à son niveau des années 1960 (Indonésie, Maroc, Turquie, Mexique), soit à un niveau supérieur de 30 % à 50 % (comme par exemple en Inde et au Brésil), selon l'ampleur et la rapidité de la baisse de la fécondité.

L'évolution de la population en Corée du Sud entre 1960 et 2010 fournit un bon exemple des modifications de la structure par âge qui s'opèrent suite à une baisse rapide la fécondité, comme le montre la figure 1.3.3.

Figure 1.3.3 : Pyramide des âges de la Corée du Sud en 1960 (25 millions d'habitants) et en 2010 (48 millions d'habitants)

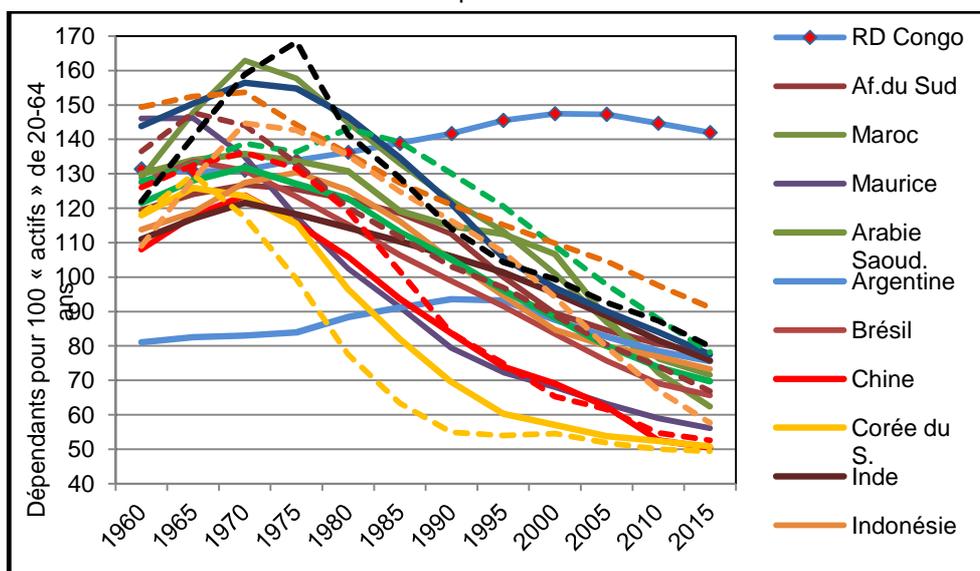


Source : Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012*.

En 1960, 50 % des Sud-Coréens avaient moins de 20 ans, les « actifs potentiels » de 20 à 64 ans représentaient 46 % de la population, et les 65 ans et plus représentaient 4% de la population, soit des chiffres peu différents de ceux donnés pour la RDC à la même date. Les générations nombreuses des années 1960, années de forte fécondité, sont arrivées aux âges d'entrée en activité vers l'âge de 20 ans, c'est-à-dire dans les années 1980 et 1990, tandis qu'en parallèle, la baisse de fécondité amorcée dans les années 1960 et 1970 conduisait à une stabilisation, puis dans le cas extrême de la Corée du Sud, à une diminution, du nombre de naissances. La combinaison de ces deux phénomènes de l'entrée en activité de nombreux jeunes et de la stabilisation du nombre d'enfants, a conduit, en Corée du Sud comme dans les pays émergents, à une diminution progressive de leurs taux de dépendance, ou nombre de dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans. En 2010, la population de la Corée du Sud avait ainsi doublé (passant de 25 millions en 1960 à 48 millions en 2010), mais les moins de 20 ans ne représentaient plus que 23 % de la population totale, les 20 à 64 ans 66 %, et les 65 ans et plus 11 %. Le taux de dépendance était ainsi de 52 dépendants en 2010 contre 118 en 1960, c'est-à-dire deux fois moindre. En revanche, le taux de dépendance estimé pour la RDC en 2010 était de 145, soit trois fois celui de la Corée du Sud (52), et il avait augmenté par rapport à son niveau de 1960.

La diminution des taux de dépendance consécutive à la baisse de la fécondité dans les 19 pays en développement considérés (voir figure 1.3.1), ainsi que les trois pays africains (Afrique du Sud, Maurice et Maroc) dont la transition de la fécondité est achevée ou en voie d'achèvement, est illustrée à la figure 1.3.4. Dans ces pays, ces taux, qui étaient compris (sauf pour l'Argentine), entre 110 et 170 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans dans les années 1960 et 1970, ont fortement diminué, pour se situer aujourd'hui entre 50 et 80 dépendants (sauf aux Philippines, où le taux de dépendance reste un peu plus élevé). Pour les taux de dépendance les plus bas, qui se situent entre 50 à 60 dépendants (Singapour, Corée du Sud, Chine, Thaïlande, Maurice), ils correspondent inversement à environ 2 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans par dépendant. Cette diminution rapide des taux de dépendance dans les pays émergents a permis à ces derniers de mieux maîtriser l'augmentation de leurs dépenses de santé et d'éducation, imputables auparavant à l'augmentation continue des effectifs de leurs enfants et de leurs jeunes. Cela leur a ouvert ce qu'on a appelé une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain. L'ouverture de cette « fenêtre démographique » a constitué l'un des principaux facteurs de leur émergence. À l'inverse, les charges qui pèsent sur « les actifs réels » sont beaucoup plus importantes que celles reflétées par le taux de dépendance pesant sur les 20-64 ans. En effet, toutes les personnes de 20 à 64 ans ne travaillent pas, loin s'en faut, et la majorité des actifs occupés en RDC le sont dans des activités relevant de l'agriculture et du secteur informel qui sont souvent peu ou mal rémunérées.

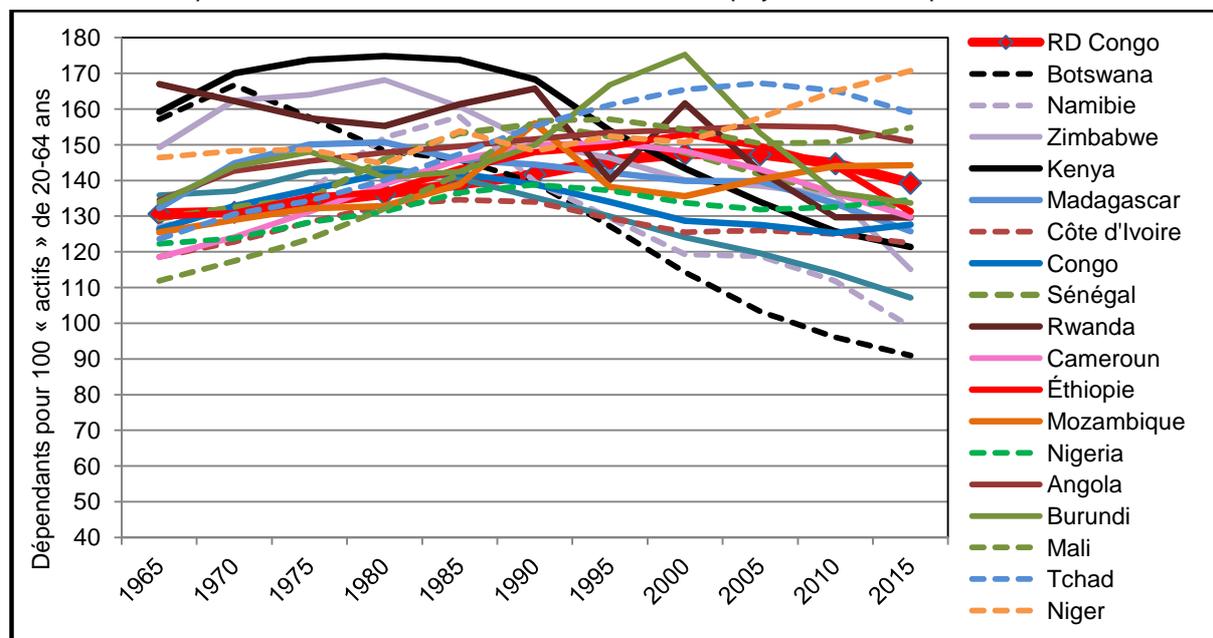
Figure 1.3.4 : Évolution des taux de dépendance - effectifs des moins de 20 ans et des 65 ans et plus pour 100 « actifs » de 20 à 64 ans - dans divers pays en développement et quelques pays africains depuis 1960



Source : Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012*.

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, les taux de dépendance restaient toujours, en 2010, comme en 1960, compris entre 110 et 170 dépendants pour 100 « actifs potentiels », soit des niveaux deux à trois fois supérieurs à ceux des pays émergents aujourd'hui. 14 pays sur 48, dont la RDC, avaient encore en 2010 des taux de dépendance supérieurs à 140. Cette évolution est généralement la conséquence du maintien dans ces pays d'une forte fécondité au cours des 50 dernières années, puisque les « dépendants » sont constitués à plus de 90 % d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans. Comme pour l'évolution de la fécondité, la figure 1.3.5 retrace l'évolution des taux de dépendance dans 20 pays de la région.

Figure 1.3.5 : Évolution des taux de dépendance - effectifs des moins de 20 ans et des 65 ans et plus pour 100 « actifs » de 20 à 64 ans - dans 20 pays africains depuis 1960



Source : Nations Unies, 2013, *World Population Prospects 2012*.

## 2. Projection et prospective, hypothèses et résultats

### 2.1 Les niveaux futurs de fécondité dépendent de plusieurs facteurs

À partir de cette reconstitution du passé et des données disponibles les plus récentes, que peut-on dire de l'évolution future de la population de la RDC ?

Suite à la publication des résultats du recensement de 1984, l'INS a réalisé des projections de population de la RDC (alors Zaïre) pour la période 1984-2000. Ces projections ont ensuite été prolongées par des mises à jour couvrant les périodes 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2015, mais les hypothèses adoptées pour ces projections ne nous sont pas connues.

De fait, les premières projections de population concernant la RDC sont celles effectuées par la Division de la population des Nations Unies dans les années 1950 et 1960 (1951, 1954, 1958, 1963 et 1968), puis tous les cinq ans jusqu'en 1978, et tous les deux ans à partir de 1980. Les premières projections faites au niveau des pays ont été des projections à court terme, c'est-à-dire à 20-25 ans d'échéance, se terminant donc avant l'an 2000. Le terme des projections a ensuite été fixé à 2025 dans les années 1980, puis à 2050 dans les années 1990 et jusqu'à la révision des projections en 2008. Enfin dans les révisions de 2010 et 2012, l'horizon retenu est celui de 2100. Cet allongement de l'horizon des projections reflète le fait que celles-ci ne sont plus considérées uniquement comme des outils de prévision à court terme (15-20 ans) mais de plus en plus comme des exercices de prospective. Concernant la RDC, il est à noter qu'entre les projections des Nations Unies faites en 1982 et celles de 1990 (c'est-à-dire avant et après que les résultats du recensement de 1984 soient connus), les projections de la population totale pour 2010 ont relativement peu varié. Elles étaient ainsi de 71 millions dans la révision de 1982, et de 69 millions dans la révision de 1990. La population de la RDC telle qu'estimée en 2010, est en fait un peu moins nombreuse, puisqu'elle est de 67 millions dans la révision 2010 des projections, et de 62 millions dans la révision 2012. Ce dernier ajustement à la baisse par rapport à l'estimation précédente, est le résultat de l'adoption d'un calendrier de fécondité moins précoce, se traduisant par un nombre total de naissances moindre, et donc une population estimée en 2010 moins nombreuse.

L'évolution de la population et de ses caractéristiques dépend principalement de l'évolution de la fécondité. En effet, si l'impact de l'évolution des autres variables, à savoir la mortalité et les mouvements migratoires, n'est pas négligeable, il est beaucoup moins important, sauf dans des situations tout à fait exceptionnelles. C'est pourquoi les projections démographiques des Nations Unies ne retiennent qu'une seule hypothèse d'évolution de l'espérance de vie à la naissance et des migrations internationales, mais formulent trois hypothèses - moyenne, haute et basse - d'évolution de la fécondité. Concernant la mortalité, l'impact de l'épidémie du VIH/sida sur la mortalité, et donc sur l'évolution de l'espérance de vie à la naissance, a été modélisé et pris en compte dès la révision 1998 des projections. Cette prise en compte a concerné les pays les plus affectés, c'est-à-dire ceux où la prévalence du VIH/sida pour la population âgée de 15 à 49 ans a atteint au moins 1 % entre 1980 et 2010, ainsi que quatre pays peuplés où le nombre de personnes infectées est très important (Chine, Inde, Russie, et États-Unis). Dans la révision 2010 des projections, 48 pays au total étaient concernés, dont la RDC. L'hypothèse, nécessairement très approximative, portant sur l'évolution future des migrations internationales, est faite en tenant compte des stocks de migrants et de réfugiés dans chaque pays, ainsi que des évolutions récentes observées. Enfin, concernant la fécondité, l'hypothèse moyenne d'évolution pour les pays n'ayant pas achevé leur transition est construite à partir des transitions de fécondité observées depuis 1950 dans divers pays en développement, en supposant une convergence autour de 2 enfants par femme, c'est-à-dire au niveau de remplacement des générations, à des horizons toutefois différents selon le niveau de fécondité actuel. C'est ainsi que dans la révision 2012 des projections, l'hypothèse de 2,04 enfants par femme pour la période 2095-2100 a été retenue pour la RDC (ce qui correspondrait à 260 millions d'habitants en 2100, soit une population 4 fois plus nombreuse qu'aujourd'hui). Conventionnellement, l'hypothèse haute est définie en ajoutant 0,5 enfant par femme aux chiffres de l'hypothèse moyenne, et l'hypothèse basse en retranchant 0,5 enfant. À ces trois hypothèses s'ajoute la variante fécondité constante, qui suppose le maintien sur l'ensemble de la période, de la projection des dernières estimations de fécondité.

Les projections démographiques de la Division de la population des Nations Unies constituent donc une référence de grande qualité et incontournable en la matière. De plus, leur révision tous les deux ans permet de les ajuster aux dernières données et tendances connues. Par ailleurs, de nouvelles approches de type probabiliste ont été explorées en 2012 sur la base des estimations historiques, entre 1950 et 2010, de la population selon l'âge et le sexe, de la fécondité et de la mortalité. La

deuxième révision de ces « projections probabilistes » comprend non seulement des projections probabilistes de fécondité, mais aussi des projections probabilistes de l'espérance de vie à la naissance pour les pays à faible prévalence du VIH/sida. Pour les pays à forte prévalence du VIH/sida, la projection des espérances de vie est basée sur la modélisation de l'impact de l'épidémie sur la mortalité<sup>24</sup>.

Cette recherche de nouvelles méthodes de projections ne transforme pas pour autant leur qualité prédictive, notamment pour les pays à forte fécondité pour lesquels le futur reste très incertain<sup>25</sup>. Il faut rappeler à ce sujet que les projections des Nations Unies ne doivent pas être considérées comme des prédictions. En fait, plus on s'éloigne du point de départ de la projection, plus les résultats des diverses hypothèses sont divergents et incertains. Ainsi, les résultats des projections peuvent être considérés comme des estimations démographiques raisonnables en ce qui concerne le futur proche, mais les résultats obtenus à des horizons plus lointains, par exemple au-delà de 20 ans, relèvent de la prospective. En résumé, les résultats des projections démographiques des Nations Unies, comme des projections en général, doivent être appréciés en fonction de l'année de départ des projections, de la qualité des données disponibles au moment de leur élaboration, de la méthodologie utilisée, et des hypothèses retenues. Il faut également garder à l'esprit que, jusqu'ici, les projections des Nations Unies sont des projections de type tendanciel, car elles s'appuient sur des modèles basés sur des évolutions passées connues concernant les gains d'espérance de vie et les rythmes de baisse de la fécondité, sans tenir compte de leurs déterminants socio-économiques.

La prise en compte de ces déterminants n'est cependant pas chose facile. Concernant la mortalité, le modèle développé a porté sur la mortalité et la survie des enfants dans les pays en développement, en distinguant, d'une part, les déterminants proches qui agissent directement sur les chances de survie de l'enfant, et, d'autre part, les autres déterminants : socio-économiques, culturels, institutionnels et politiques<sup>26</sup>. La révision de ce modèle, proposée par Magali Barbieri<sup>27</sup>, permet de distinguer deux types d'interventions : tout d'abord « les programmes destinés à modifier rapidement les niveaux de morbidité ou de mortalité [qui] devront être dirigés vers les variables intermédiaires » (exposition au risque, résistance, thérapie) ; puis des stratégies à plus long terme grâce auxquelles « la santé pourra être efficacement améliorée par la mise en œuvre d'interventions agissant au niveau des structures sociales, économiques et politiques ». L'avantage de ce modèle est qu'il permet de réfléchir sur les divers types d'interventions à mettre en œuvre, à court, moyen et long terme. Malheureusement, ce modèle n'a pas fait l'objet, comme la fécondité, d'une formalisation mathématique permettant de lier les niveaux de mortalité des enfants à leurs déterminants proches.

Les niveaux de fécondité sont, comme pour la mortalité, le résultat de deux ensembles de déterminants : les déterminants proches et les déterminants intermédiaires. Les déterminants intermédiaires sont essentiellement de nature socio-économique, et leur influence sur la fécondité est indirecte. Ainsi des niveaux plus élevés d'éducation, une meilleure santé, l'emploi des femmes dans le secteur formel, des revenus plus élevés, et le fait de résider en zone urbaine, sont des facteurs intermédiaires associés à des niveaux de fécondité plus faibles. Cependant les interventions politiques dans ces domaines n'affectent ni directement, ni rapidement les niveaux de fécondité, car d'autres facteurs interviennent tels que les valeurs culturelles, les normes familiales, les réseaux sociaux etc. Ainsi, le relèvement des niveaux d'éducation pour les filles, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et l'augmentation de la participation de la main-d'œuvre féminine dans le secteur formel, sont des objectifs politiques en eux-mêmes et non des politiques susceptibles de se substituer aux politiques de population et de santé reproductive, car elles ne conduisent pas directement à une accélération de la transition de la fécondité. Les déterminants proches, en revanche, sont des déterminants biologiques et comportementaux à travers lesquels s'opère directement la maîtrise de la fécondité. Les déterminants proches les plus importants retenus aujourd'hui, sont au nombre de cinq,

---

<sup>24</sup> Voir *Probabilistic Population Projections*. Disponible en ligne : <http://esa.un.org/unpd/ppp/index.htm>.

<sup>25</sup> Voir Gerhard K. Heilig, Thomas Buettner, Nan Li, Patrick Gerland, Leontine Alkema, Jennifer Chunn et Adrian E. Raftery, *Future population trends found to be highly uncertain in Least Developed Countries*, 2010. Manuscrit. Disponible en ligne :

[http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/P-WPP\\_2010\\_Rev9\\_GKH\\_Alk-Raf-LN-PG-TB\\_Clean.pdf](http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/P-WPP_2010_Rev9_GKH_Alk-Raf-LN-PG-TB_Clean.pdf).

<sup>26</sup> W. H. Mosley et L. C. Chen, « An analytical framework for the study of child survival in developing countries », *Population and development Review*, supplément au vol. 10 (1984), p. 25-49.

<sup>27</sup> M. Barbieri, « Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers monde », Paris, Les dossiers du CEPED n°18 (octobre 1991), 68 pages. Disponible en ligne : [http://www.ceped.org/cdrom/integral\\_publication\\_1988\\_2002/dossier/pdf/dossiers\\_cpd\\_18.pdf](http://www.ceped.org/cdrom/integral_publication_1988_2002/dossier/pdf/dossiers_cpd_18.pdf).

à savoir : le mariage ou le fait d'être en union ; l'insusceptibilité, ou infécondité post-partum<sup>28</sup> ; l'avortement ; la stérilité ; et l'utilisation de la contraception. Il ne faut pas sous-estimer l'impact que peuvent avoir sur la fécondité des déterminants autres que la contraception, en particulier l'augmentation de l'âge d'entrée en union, l'importance de l'infécondité post-partum liée aux durées d'allaitement, et le recours aux avortements provoqués (du fait par exemple d'un accès limité aux services de planification familiale). Il reste cependant que c'est la généralisation de l'utilisation de la contraception (surtout moderne) qui est, sauf recours massif à l'avortement, le principal facteur conduisant à la maîtrise de la fécondité. Il revient à John Bongaarts d'avoir formalisé à la fin des années 1970, dans un modèle qui porte son nom, la relation entre les niveaux de fécondité et les valeurs de ses déterminants proches<sup>29</sup>, ce qui a permis l'élaboration de logiciels de projections démographiques utilisant son modèle<sup>30</sup>.

On dispose maintenant, pour de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, de séries sur l'évolution des valeurs de ces déterminants grâce aux *Enquêtes démographiques et de santé (EDS)*<sup>31</sup>, dont l'EDS réalisée en RDC en 2007<sup>32</sup>. On dispose aussi, grâce aux enquêtes *MICS* (Enquêtes par grappes à indicateurs multiples) réalisées en RDC en 1991, 2001, et 2010, de données pour ces années-là sur la prévalence de la contraception et le pourcentage de femmes en union.

A partir de l'ensemble des données disponibles en 2013 pour la RDC et l'Afrique subsaharienne, nous avons réalisé des projections pour la période 2010-2050. Dans ces projections, les niveaux futurs de fécondité ne sont pas fixés a priori ou en fonction de modèles d'évolution, mais dépendent des hypothèses retenues pour chacun de ses déterminants proches. Ces projections n'ont pas vocation à se substituer aux projections des Nations Unies ou aux projections nationales, ni de présenter une hypothèse moyenne supposément probable. Leur objectif principal est de comparer les résultats obtenus selon plusieurs hypothèses contrastées, et de servir ainsi d'outil d'aide à la décision en matière de politique démographique, familiale et de santé reproductive.

Les projections réalisées pour la RDC au niveau national ont ainsi été basées sur les hypothèses ci-dessous :

- **Population de départ par sexe et par âge** : 62 191 millions au 1<sup>er</sup> juillet 2010, telle qu'estimée par la Division de la population des Nations Unies dans la révision 2012 des projections.
- **Mortalité** : espérance de vie à la naissance croissante de 49,0 ans en 2010 (47,3 ans pour les hommes et 50,7 ans pour les femmes), à 61,1 ans en 2050 (58,5 ans pour les hommes et 63,7 ans pour les femmes), telle qu'estimée par la Division de la population des Nations Unies dans la révision 2012 des projections. La progression par période quinquennale est de 1,5 an pour les hommes et de 1,7 an pour les femmes en début de période, et de 1,3 an pour les hommes et de 1,5 an pour les femmes en fin de période. Ainsi, l'écart entre l'espérance de vie des femmes à la naissance, et celle des hommes, qui était de 3,4 en 2010, passe à 5,2 ans en 2050. La table type de mortalité utilisée pour les projections est la table dite « Coale-Demeny Nord ». Il est à noter que ces chiffres prennent en compte l'impact de l'épidémie du VIH/sida sur la mortalité.
- **Migrations internationales** : solde migratoire négatif de moins 15 000 par an en moyenne par période quinquennale (49 % d'hommes, 51 % de femmes) tel qu'estimé par la Division de la population des Nations Unies dans la révision 2012 des projections.
- **Fécondité** : a été retenu comme niveau de fécondité de départ en 2010, celui de 6,3 enfants par femme, qui est l'indice synthétique de fécondité (ISF) donné par l'enquête *MICS 2010* pour les 12 mois précédant l'enquête. La Division de la population des Nations Unies donne en 2010 un ISF de 6,25 et le projette ensuite pour la période 2010-2015 entre 5,7 - hypothèse basse - et 6,2 - hypothèse haute.

---

<sup>28</sup> L'insusceptibilité post-partum, est l'impossibilité d'être enceinte pendant la période qui suit la naissance, soit parce que la femme allaite et que son cycle menstruel n'est pas rétabli, soit parce que le couple s'abstient de rapports sexuels un certain temps après l'accouchement.

<sup>29</sup> J. Bongaarts, « A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility », *Population and Development Review*, vol. 4, n° 1 (1978), p. 105-132.

<sup>30</sup> Le logiciel utilisé ici pour les projections est la version 5.03 (février 2014) de SPECTRUM, par le *Futures Institute*. Voir <http://www.futuresinstitute.org/spectrum.aspx>.

<sup>31</sup> Enquêtes démographiques et de santé, voir <http://www.measuredhs.com/publications/publication-search.cfm>.

<sup>32</sup> République Démocratique du Congo, Ministère du Plan avec la collaboration du Ministère de la Santé, *République Démocratique du Congo, Enquête démographique et de santé, 2007*, août 2008, 499 p. Disponible en ligne: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

La fécondité étant ici considérée comme une variable dépendante de ses déterminants proches, des hypothèses sur l'évolution de ces déterminants ont été faites.

Concernant tout d'abord le pourcentage de femmes en union et la durée de l'insusceptibilité post-partum, il a été constaté qu'avec la progression des niveaux d'éducation, d'urbanisation ainsi que d'autres changements de société, l'entrée en union est plus tardive et les pourcentages de femmes en union décroissent. Parallèlement, la durée de l'allaitement et de l'abstinence post-partum diminuent. C'est ainsi que sur la base des évolutions observées dans divers pays d'Afrique subsaharienne<sup>33</sup>, les hypothèses suivantes ont été retenues :

- Pourcentage de femmes en union : en partant de 67 % en 2010, chiffre donné par l'enquête *MICS 2010*, nous avons fait l'hypothèse que ce pourcentage était susceptible de diminuer de 0,25 point de pourcentage par an, ce qui conduirait à un pourcentage de femmes en union de 57 % en 2050 ;
- Durée de l'insusceptibilité (ou infécondité) post-partum : partant de 14,5 mois, chiffre donné par l'*EDS 2007*, nous avons fait l'hypothèse que cette durée était susceptible de diminuer de 0,10 point de pourcentage par an, ce qui conduirait à une durée de 14,2 mois en 2010 et de 10,2 mois en 2050.

Concernant les avortements et la stérilité, ont été retenues les hypothèses suivantes :

- Avortements provoqués : aucune hypothèse spécifique n'a été retenue à ce sujet. Le modèle SPECTRUM estime cependant que ceux-ci pourraient représenter 31 % des grossesses non planifiées, valeur que nous avons donc retenue. Cette hypothèse conduirait en 2014 à environ 320 000 avortements en RDC pour 3,1 millions de naissances<sup>34</sup>. Cette approche mène à une diminution du nombre d'avortements au fur et à mesure que le nombre de grossesses non planifiées diminue ;
- Stérilité : nous avons fait ici l'hypothèse du maintien du taux de stérilité primaire (mesurée par le pourcentage de femmes de 45 à 49 ans n'ayant jamais eu d'enfants) de 3,4 % donné par l'*EDS 2007*.

Concernant enfin la contraception, la formulation d'hypothèses n'est pas facile. En effet, l'utilisation de la contraception parmi les femmes en union, toutes méthodes confondues, aurait régressé ces dernières années en RDC. Elle est en effet passée de 31,4 % lors de l'enquête *MICS 2001*, à 17 % lors de l'enquête *MICS 2010*. Cette diminution est imputable au recul de l'utilisation des méthodes traditionnelles de 27 % à 12,2 %, selon les déclarations faites lors des enquêtes. Pourtant, les méthodes traditionnelles représentaient toujours, en 2010, près de 70 % de l'ensemble des méthodes utilisées, contre moins de 20 % dans la majorité des autres pays du monde. Au cours de la même période, l'utilisation des méthodes modernes est passée de 4,4 % en 2001, à 5,5 % en 2010, ce qui correspond à une augmentation moyenne très faible de +0,12 point de pourcentage par an. En 2010, la RDC faisait ainsi partie des pays du monde ayant : a) les plus forts pourcentages de méthodes traditionnelles utilisées ; b) les taux de prévalence contraceptive moderne les plus faibles ; et c) les progressions les plus lentes d'utilisation de la contraception moderne. Les résultats préliminaires de l'*EDS 2013-2014* confirment ces appréciations, avec une prévalence totale de 20,4 %, soit 7,8 % pour les méthodes modernes, et 12,6 % pour les méthodes traditionnelles, et ne remettent pas fondamentalement en cause les hypothèses retenues ni les résultats des projections (voir plus bas).

Nous avons donc d'abord estimé la prévalence des méthodes modernes en 2013 à 6,5 % en 2010, soit un point de plus que le chiffre de 5,5 % donné par l'enquête *MICS 2010*, afin de tenir compte des méthodes telles que le collier, la contraception d'urgence, etc. Puis, nous avons supposé que la prévalence était restée la même jusque mi-2013, compte tenu de l'absence d'initiative majeure en matière de planification familiale entre 2010 et 2013.

<sup>33</sup> J.-P. Guengant et J. F. May, Proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa and their possible use in fertility projections, document technique n° 2011/13, New York, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2011, 45 p. Disponible en ligne : [http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/2011-13\\_GuengantandMay\\_Expert-paper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/2011-13_GuengantandMay_Expert-paper.pdf).

<sup>34</sup> L'avortement est illégal en RDC, sauf pour sauver la vie de la mère. Voir Nations Unies, *World Abortion Policies 2013*. Disponible en ligne : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Il n'y a donc pas de données à ce sujet. Une estimation empirique des avortements est proposée dans SPECTRUM à partir de la proportion des grossesses non désirées qui se terminent par des avortements provoqués (31 %). Tel qu'indiqué dans le texte, cette hypothèse conduirait à environ 320 000 avortements en RDC pour 3,1 millions de naissances en 2014, ce qui signifierait que 9 % des grossesses se termineraient par un avortement. Voir à ce sujet : <http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/SpectrumManualE.pdf>.

Enfin, après échanges avec les acteurs nationaux qui préparaient en 2013 le Plan Stratégique National de Planification Familiale 2014-2020, trois hypothèses ont été retenues en ce qui concerne l'évolution de la prévalence contraceptive parmi les femmes en union. Ces hypothèses intègrent une réduction du pourcentage élevé des méthodes traditionnelles, moins efficaces, tel qu'indiqué dans le tableau 2.1.1. Il s'agit des hypothèses suivantes :

**1. Hypothèse de diffusion lente de la contraception avec augmentation de la prévalence de 0,5 point de pourcentage par an à partir de 2014.** Cette hypothèse suppose une augmentation de +1,0 point de pourcentage par an pour les méthodes modernes, et moins 0,5 point de pourcentage par an pour les méthodes traditionnelles jusqu'en 2030. Puis de 2030 à 2050, elle suppose une augmentation de 0,5 point de pourcentage par an pour les méthodes modernes, et la stabilisation du pourcentage des méthodes traditionnelles à son niveau de 2030 (14 %). Cette hypothèse conduit en 2050 à une prévalence de 37 % pour l'ensemble des méthodes ;

**2. Hypothèse de diffusion rapide de la contraception avec augmentation de la prévalence de 1,0 point de pourcentage par an à partir de 2014.** Cette hypothèse suppose une augmentation de +1,5 point de pourcentage par an pour les méthodes modernes, et moins 0,5 point de pourcentage par an pour les méthodes traditionnelles jusqu'en 2030. Puis de 2030 à 2050, elle suppose une augmentation de 1,0 point de pourcentage par an pour les méthodes modernes et la stabilisation du pourcentage des méthodes traditionnelles à son niveau de 2030 (14 %). Cette hypothèse conduit en 2050 à une prévalence de 56 % pour l'ensemble des méthodes ;

**3. Hypothèse de diffusion très rapide de la contraception avec augmentation de la prévalence de 1,5 point de pourcentage par an à partir de 2014.** Cette hypothèse suppose une augmentation de +2,0 points de pourcentage par an pour les méthodes modernes, et moins 0,5 point de pourcentage par an pour les méthodes traditionnelles jusqu'en 2030. Puis de 2030 à 2050 elle suppose une augmentation de 1,5 point de pourcentage par an, avec un ralentissement en fin de période pour les méthodes modernes, et la stabilisation du pourcentage des méthodes traditionnelles à son niveau de 2030 (9 %). Cette hypothèse conduit en 2050 à une prévalence de 70 % pour l'ensemble des méthodes, soit un niveau équivalent à celui atteint aujourd'hui dans nombre de pays émergents et de pays dits développés.

Tableau 2.1.1 : Hypothèses d'évolution de la prévalence contraceptive parmi les femmes en union entre 2013 et 2050

	Toutes méthodes	Modernes	Traditionnelles
Prévalence en 2013	19,0	6,5 (34 %)	12,5 (66 %)
Hypothèse d'une diffusion lente de la contraception			
	+0,5 point par an	+1,0 point par an	-0,5 point par an
Prévalence en 2020	22,5	13,5 (60 %)	9,0 (40 %)
Prévalence en 2030	27,5	23,5 (86 %)	4,0 (14 %)
Prévalence en 2050	37,0	32,0 (86 %)	5,5 (14 %)
Hypothèse d'une diffusion rapide de la contraception			
	+1,0 point par an	+1,5 point par an	-0,5 point par an
Prévalence en 2020	26,0	17,0 (66 %)	9,0 (34 %)
Prévalence en 2030	36,0	32,0 (89 %)	4,0 (11 %)
Prévalence en 2050	56,0	50,0 (89 %)	6,0 (11 %)
Hypothèse d'une diffusion très rapide de la contraception			
	+1,5 point par an	+2,0 points par an	-0,5 point par an
Prévalence en 2020	29,5	20,5 (69 %)	9,0 (31 %)
Prévalence en 2030	44,5	40,5 (91 %)	4,0 (9 %)
Prévalence en 2050	70,0	63,5 (91 %)	6,5 (9 %)

Source : calculs de l'auteur.

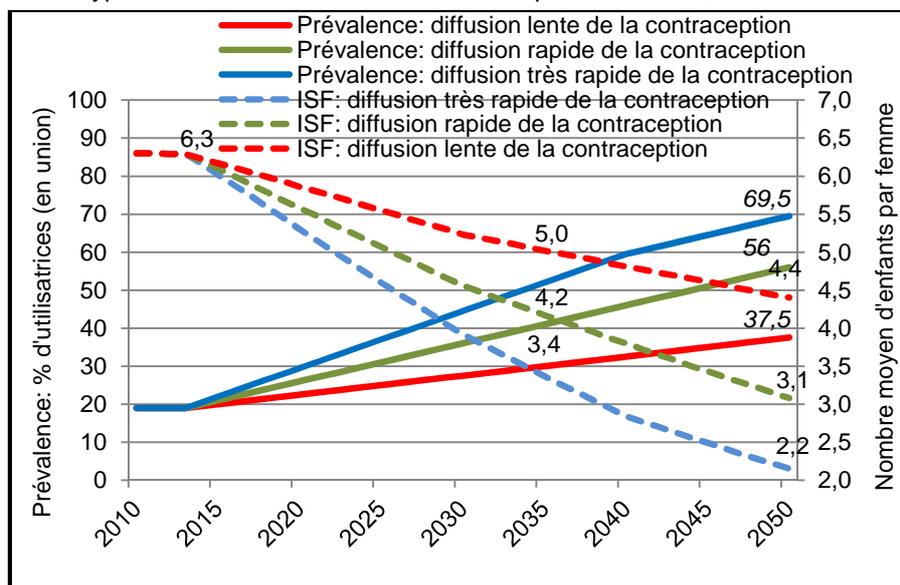
Ces hypothèses sont cohérentes avec les évolutions observées dans divers pays en développement. On dispose en effet pour 50 pays, sur des périodes de plus de 20 ans, de données sur la progression

de l'utilisation des méthodes modernes, qui constituent l'essentiel des méthodes utilisées<sup>35</sup>. Selon ces données, l'augmentation la plus rapide enregistrée est celle de la Thaïlande, avec une augmentation de sa prévalence contraceptive moderne de 14,8 % en 1970 à 72,2 % en 1993, ce qui correspond à + 2,5 points de pourcentage par an en moyenne entre 1970 et 1993. Viennent ensuite neuf pays ayant des augmentations moyennes de leur prévalence contraceptive moderne égales ou supérieures à +1,5 point de pourcentage par an. On trouve parmi ceux-ci, par ordre décroissant : le Swaziland, avec +2,1 points par an entre 1988 et 2010 ; le Mexique, avec +1,8 point par an entre 1977 et 2003 ; l'Indonésie, avec +1,7 point par an entre 1973 et 2003 ; la Corée du Sud, avec +1,6 point par an entre 1971 et 2006 ; le Rwanda, avec +1,5 point par an entre 1983 et 2011 ; et le Malawi, avec + 1,5 point par an entre 1984 et 2010. Parmi les 40 autres pays, 17 pays ont enregistré des augmentations moyennes de leur prévalence contraceptive moderne comprises entre 1,0 point et moins de 1,5 point par an, tandis que pour 23 pays (la moitié du total), les augmentations moyennes étaient inférieures à 1 point par an. Sur des périodes plus courtes, de l'ordre d'une dizaine d'années, les données disponibles pour 82 pays donnent des progressions de la prévalence contraceptive moderne supérieure à +1,5 point de pourcentage par an pour 12 pays seulement, dont le Rwanda, avec +3,6 points par an, le Swaziland avec +3,1 points, et l'Éthiopie, avec près de +2 points par an. Peuvent ensuite être qualifiées de progressions rapides, celles de 1,5 à 1,7 point de pourcentage par an, observées pour le Malawi et le Lesotho (2000-2010), la Namibie (2000-2007) et Madagascar (1999-2009). Pour les 71 autres pays, les progressions observées sont lentes, voire très lentes, à moins de 1,5 point par an. Celles-ci sont comprises entre +1 point et moins de +1,5 point de pourcentage par an dans 15 pays (dont cinq pays d'Afrique subsaharienne), mais elles sont inférieures à +1,0 point de pourcentage par an dans 55 pays (dont 24 pays d'Afrique subsaharienne, y compris la RDC).

## 2.2 100 millions de Congolais en 2030, et après ?

Les valeurs des indices de fécondité trouvées pour chaque hypothèse sont présentées ci-dessous.

Figure 2.2.1 : Évolutions projetées des indices synthétiques de fécondité (ISF) selon les trois hypothèses de diffusion de la contraception retenues, 2010-2050



Source : Projections réalisées dans le cadre de la présente étude.

L'hypothèse de diffusion très rapide de l'utilisation de la contraception conduit logiquement aux indices synthétiques de fécondité les plus bas : 3,4 enfants par femme en 2035 et 2,2 en 2050. Elle est donc associée à la progression la moins rapide de la population. Pour cette raison nous qualifierons aussi, dans la suite du texte, cette hypothèse d'« hypothèse démographique basse ». L'hypothèse de diffusion rapide de l'utilisation de la contraception conduit à des indices synthétiques de fécondité

<sup>35</sup> Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, Section de la fertilité et de la planification familiale, *World Contraceptive Use 2012*. Disponible en ligne : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2012/MainFrame.html>. Voir aussi Survey-based observations (1950-2012). Disponible en ligne : [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2012/WCP\\_2012/Country\\_survey.html](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2012/WCP_2012/Country_survey.html).

intermédiaires : 4,2 enfants par femme en 2035 et 3,1 en 2050. Elle est donc associée à une progression intermédiaire de la population, par rapport aux deux autres hypothèses. Nous la qualifierons donc, dans la suite du texte, d'« hypothèse démographique intermédiaire ». Enfin, l'hypothèse de diffusion lente de l'utilisation de la contraception, conduit aux indices synthétiques de fécondité les plus élevés : 5,3 enfants par femme en 2030 et 4,4 enfants par femme en 2050. Elle est donc associée à la progression la plus rapide de la population. Pour cette raison nous qualifierons aussi, dans la suite du texte, cette hypothèse d'« hypothèse démographique haute ». Les résultats de ces trois hypothèses sont très contrastés selon les horizons, ainsi que selon les variables considérées, mais un premier constat s'impose : la population de la RDC va continuer à augmenter fortement (tableau 2.2.1), quelle que soit l'hypothèse de fécondité considérée.

Tableau 2.2.1 : Projections démographiques, 2014-2050 (effectifs en millions)

Indicateurs	Estimation en 2014	Hypothèse basse			Hypothèse intermédiaire			Hypothèse haute		
		diffusion très rapide de la contraception			diffusion rapide de la contraception			diffusion lente de la contraception		
		2020	2035	2050	2020	2035	2050	2020	2035	2050
Population totale en milliers	70,0	82,2	112,7	138,7	82,8	119,0	159,5	83,4	125,9	185,4
Accroissement naturel %	2,9	2,5	1,8	1,0	2,7	2,2	1,7	2,9	2,7	2,5
Fécondité (ISF)	6,2	5,3	3,4	2,2	5,6	4,2	3,1	5,9	5,0	4,4
Femmes de 15 à 49 ans	16,0	19,2	29,7	39,2	19,2	29,9	42,2	19,2	30,2	45,5
Espérance de vie à la naissance	50,3	52,1	56,8	61,1	52,1	56,8	61,1	52,1	56,8	61,1
Naissances	3,1	3,2	3,2	2,7	3,4	3,9	4,1	3,5	4,7	6,2
Décès	1,1	1,1	1,2	1,3	1,1	1,3	1,4	1,2	1,4	1,7
Naissances – décès	2,0	2,1	2,0	1,4	2,2	2,6	2,7	2,4	3,3	4,5
Accroissement annuel	2,0	2,1	2,0	1,4	2,2	2,6	2,7	2,4	3,3	4,5
moins de 5 ans	12,6	13,9	14,3	12,9	14,4	17,1	19,1	14,9	20,4	27,8
moins de 15 ans	31,6	36,3	41,2	39,8	36,8	47,0	54,7	37,4	53,4	74,1
moins de 20 ans	39,1	45,1	53,8	53,2	45,6	60,1	70,7	46,2	67,0	93,1
moins de 25 ans	45,5	52,6	65,4	66,2	53,2	71,7	85,5	53,7	78,6	109,9
Enfants d'âge scolaire de 6 à 11 ans	11,8	13,7	16,2	16,1	13,8	18,2	21,6	13,8	20,2	28,4
Enfants d'âge scolaire de 12 à 17 ans	9,7	11,5	15,6	16,3	11,5	16,5	20,0	11,5	17,5	24,5
Jeunes-15-24 ans	13,9	16,3	24,2	26,4	16,3	24,7	30,9	16,3	25,2	35,8
Population de 15 à 64 ans	36,4	43,6	67,7	92,3	43,6	68,2	98,3	43,6	68,7	104,8
Population de 20 à 64 ans	28,8	34,8	55,0	78,9	34,8	55,1	82,3	34,8	55,1	85,7
Population de 65 ans et plus	2,0	2,3	3,8	6,5	2,3	3,8	6,5	2,3	3,8	6,5
% moins de 5 ans	18,0	16,9	12,7	9,3	17,4	14,4	12,0	17,9	16,2	15,0
% moins de 15 ans	45,2	44,1	36,5	28,7	44,5	39,5	34,3	44,9	42,4	39,9
% de jeunes de moins de 25 ans	65,0	64,0	58,0	47,7	64,2	60,3	53,6	64,4	62,4	59,3
% population de 15 à 64 ans	52,0	53,1	60,1	66,6	52,7	57,3	61,6	52,3	54,6	56,5
% population de 20 à 64 ans	41,2	42,3	48,8	56,9	42,1	46,3	51,6	41,8	43,8	46,2
% population de 65 ans et plus	2,8	2,8	3,4	4,7	2,8	3,2	4,1	2,8	3,0	3,5
Taux de dépendance <15 ans et 65+ ans / 15 à 64 ans (%)	92	88	66	50	90	75	62	91	83	77
Taux de dépendance <20 ans et 65+ ans / 20 à 64 ans (%)	143	136	105	76	138	116	94	139	128	116

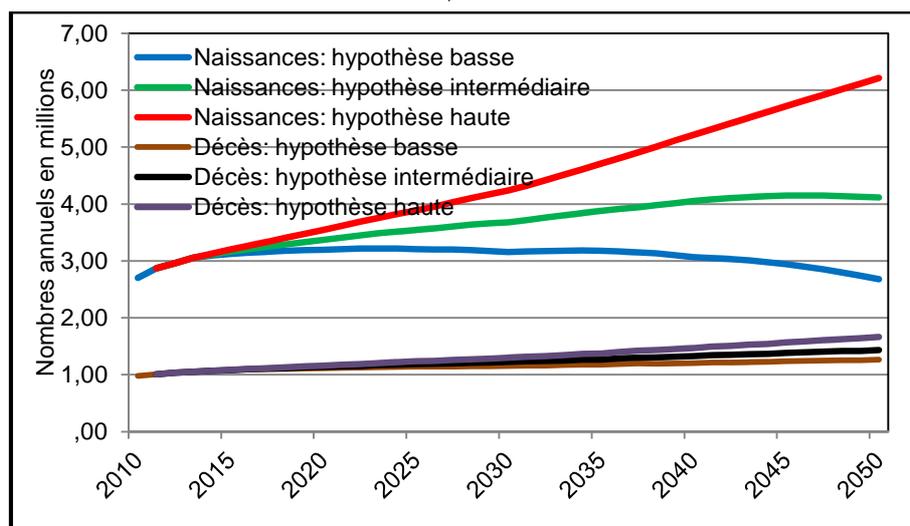
À l'horizon 2020, tout d'abord, les résultats des trois projections pour la population totale sont quasi identiques, avec 82 millions d'habitants environ, contre 70 millions en 2014. En 2035, les chiffres projetés pour les hypothèses basse, intermédiaire et haute, sont un peu différents, puisqu'ils sont respectivement de 113, 119 et 126 millions d'habitants. Le chiffre symbolique d'au moins 100 millions de Congolais est atteint avant 2030 (les projections des Nations Unies arrivent également à ce résultat). En 2050, en revanche, les résultats sont très différents. Ils varient en effet en gros entre 140, 160 et pas loin de 200 millions d'habitants (185 millions), selon les hypothèses. Ces résultats correspondent à un doublement de la population entre 2014 et 2050 pour l'hypothèse basse, et à un quasi triplement pour l'hypothèse haute.

En clair, en raison des trois facteurs suivants, à savoir le niveau actuel élevé de la fécondité, le temps nécessairement long d'augmentation de la prévalence de la contraception, et l'extrême jeunesse de la population (66 % des Congolais ont en effet moins de 25 ans), il faut s'attendre dans les 20 ans à venir à la poursuite d'une forte croissance de la population totale, quelles que soient les hypothèses de baisse de la fécondité retenues. Le chiffre de 100 millions de Congolais en 2030 est donc une quasi-certitude. Ensuite, entre 2030 et 2050, la population continuera toujours d'augmenter fortement, mais plus ou moins rapidement selon le rythme de progression de l'utilisation de la contraception par les couples congolais.

Sur la base de ces résultats, nombre d'économistes et de démographes concluent que les politiques démographiques n'ont pas d'effets majeurs avant 30 ou 40 ans. La réalité est plus complexe. En effet, la fécondité étant le déterminant principal des évolutions démographiques, l'impact d'hypothèses de fécondité différentes se fait d'abord sentir sur l'évolution du nombre de grossesses, d'accouchements et de naissances, puis sur les effectifs de jeunes enfants à suivre (d'un point de vue nutritionnel, vaccinal, etc.), et ensuite sur les effectifs d'enfants à scolariser dans le primaire et le secondaire.

C'est ainsi qu'avec l'hypothèse démographique basse, le nombre de naissances annuelles est stabilisé dès 2012 autour de 3 millions, et il ne commence à décroître légèrement qu'au début des années 2040. Avec l'hypothèse démographique intermédiaire, la stabilisation des naissances intervient dans les années 2040, autour de 4 millions. Mais, avec l'hypothèse démographique haute, le nombre des naissances continue d'augmenter, et double pour atteindre 6,2 millions en 2050 (figure 2.2.2). Par contre, le nombre de décès augmente peu au cours de la période, quelles que soient les hypothèses : de 1,1 million en 2014, à 1,3, 1,4 et 1,7 million en 2050, du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et des faibles pourcentages de personnes âgées qui continuent à prévaloir en 2050.

Figure 2.2.2 : Projections des nombres annuels de naissances et de décès selon les trois hypothèses retenues, 2010-2050

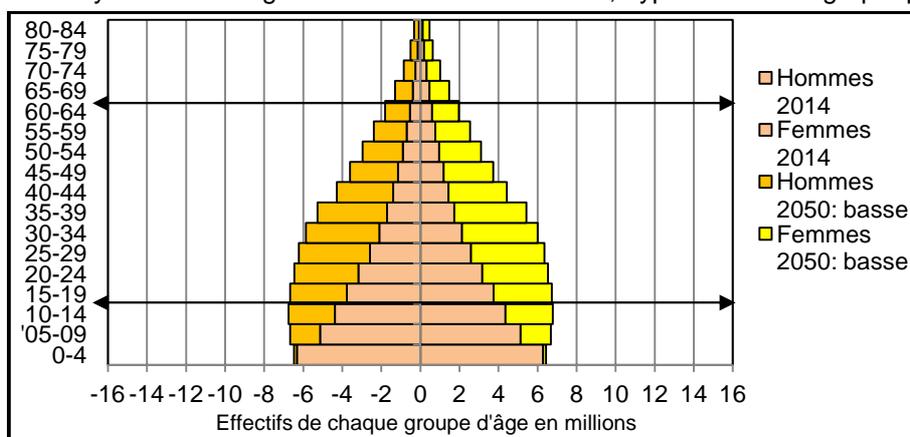


Source : Projections réalisées dans le cadre de la présente étude.

Ces évolutions conduisent en « écho » en 2035 puis en 2050, à des ralentissements variables de l'augmentation du nombre d'enfants de moins de cinq ans et du nombre de jeunes de moins de 20 ans. Cependant, à 20 ans d'échéance, la progression du nombre potentiel d'entrants sur le marché du travail (les 15-24 ans) continue d'être très vive, puisque quasiment tous sont déjà nés. Ensuite, après 2035, cette progression ne se ralentit que pour les hypothèses basse et intermédiaire. En revanche, la

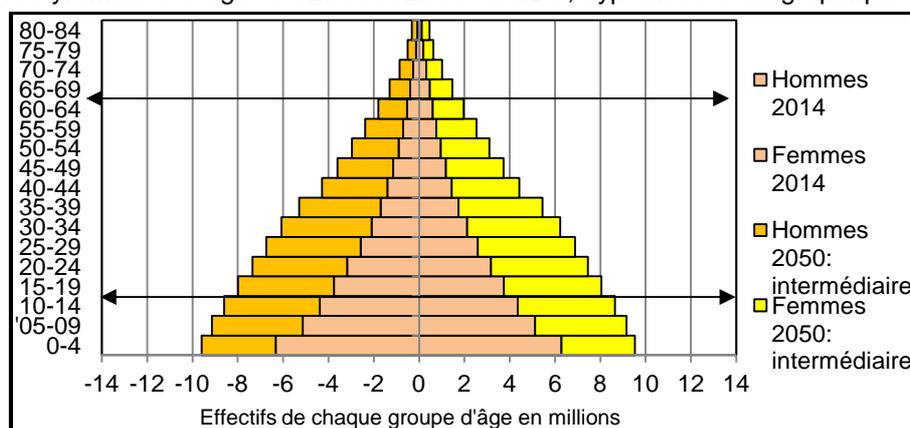
population des 20 à 64 ans continue de croître fortement jusqu'en 2050, car la plupart d'entre eux sont déjà nés. La comparaison de la pyramide des âges estimée en 2014 avec les pyramides des âges obtenues en 2050 pour chacune des trois hypothèses, permet de visualiser les différences d'évolution auxquelles il faut s'attendre dans les quelque 35 prochaines années (figures 2.2.3, 2.2.4 et 2.2.5).

Figure 2.2.3 : Pyramide des âges en 2014 et 2050 en RDC, hypothèse démographique basse



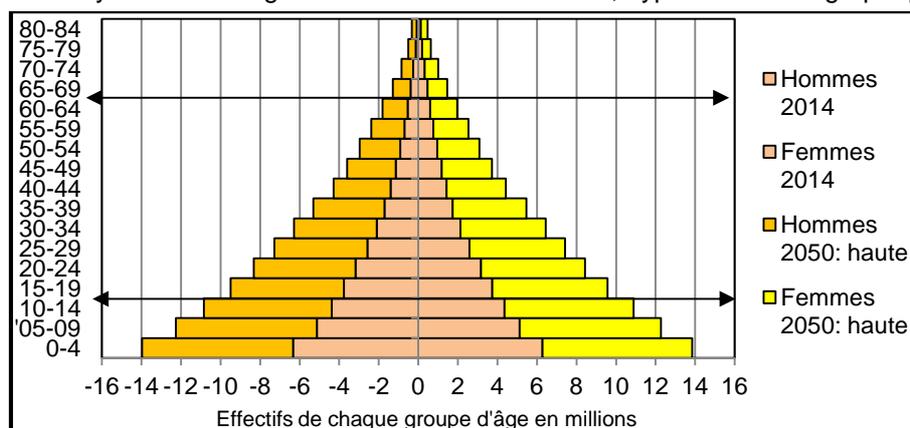
Source : Projections réalisées dans le cadre de la présente étude.

Figure 2.2.4 : Pyramide des âges en 2014 et 2050 en RDC, hypothèse démographique intermédiaire



Source : Projections réalisées dans le cadre de la présente étude.

Figure 2.2.5 : Pyramide des âges en 2014 et 2050 en RDC, hypothèse démographique haute



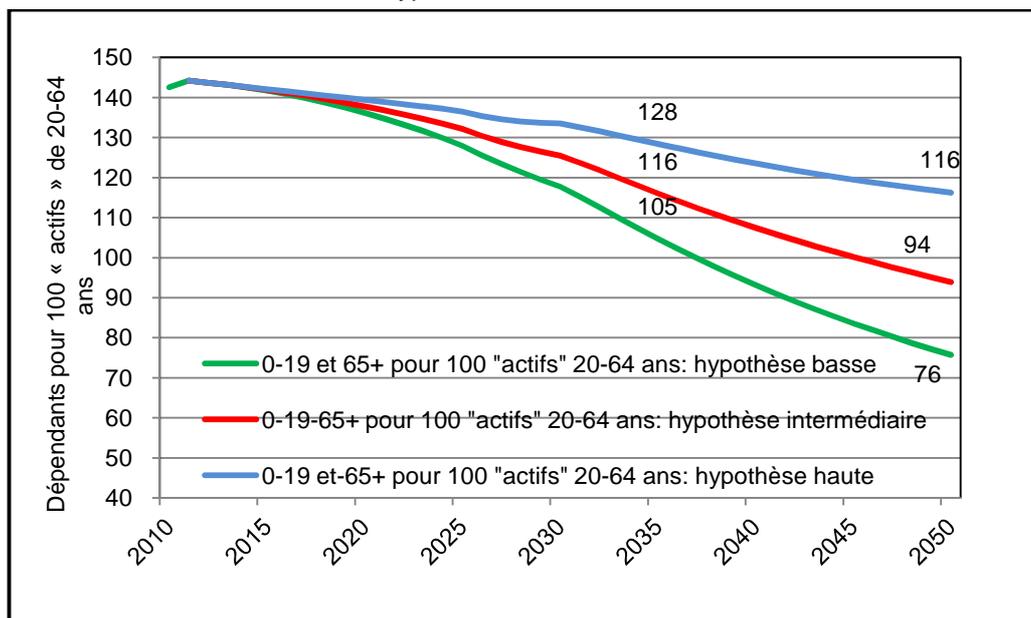
Source : Projections réalisées dans le cadre de la présente étude.

Comme le montrent ces trois figures, les effectifs des « actifs potentiels » de 20 à 64 ans en 2050, ainsi que ceux des personnes de 65 ans et plus, sont supérieurs, à tous les âges, à ceux de 2014, quelle que soit l'hypothèse considérée. C'est le cas également des moins de 20 ans, mais avec des différences importantes selon les hypothèses. En fait, c'est bien aux jeunes âges que se joue l'évolution future de la population congolaise ainsi que l'importance des défis que le pays aura à relever dans les 20 à 35 ans qui viennent, notamment en matière de santé, d'éducation, et de création

d'emplois. Ainsi, les effectifs des enfants de moins de 5 ans, estimés à 13 millions en 2014, seraient respectivement, en 2035 et 2050, de 14 et 13 millions selon l'hypothèse basse (+ 14 %, puis le même chiffre qu'en 2014) ; de 17 et 19 millions selon l'hypothèse intermédiaire (+ 36 % et + 52 %) ; et de 20 et 28 millions selon l'hypothèse haute (+ 62 % et 2,2 fois plus nombreux) (tableau 2.2). Si l'on considère les moins de 20 ans, ils étaient estimés à 39 millions en 2014, et devraient passer à 54 et 53 millions respectivement en 2035 et 2050 selon l'hypothèse basse (+ 38 % et 36 %) ; à 60 et 71 millions selon l'hypothèse intermédiaire (+ 54 % et + 81 %) ; et à 67 et 93 millions selon l'hypothèse haute (+ 71 % et 2,2 fois plus). En revanche, à l'horizon 2035, les 15 à 24 ans vont passer de près de 14 millions en 2014 à plus de 24 millions en 2035, c'est-à-dire que leurs effectifs vont augmenter d'environ 80 % quelle que soit l'hypothèse retenue. À l'horizon 2050, cependant, leurs effectifs varieront en fonction du nombre de naissances entre 2026 et 2035 (c'est-à-dire en fonction de la fécondité et du nombre de femmes en âge de procréer). Pour les 20 ans qui viennent, si l'on suppose chez ces jeunes un taux d'activité de 70 % et que l'on fait l'hypothèse que chaque année un dixième d'entre eux se portera sur le marché du travail, cela correspond à 970 000 candidat(e)s à un emploi en 2014, 1,1 million en 2020, et 1,7 million en 2035. Ces chiffres conduisent à un total de 7,4 millions d'emplois à trouver ou à créer entre 2014 et 2020, et de 21,6 millions d'emplois à trouver ou à créer entre 2021 et 2035. Quant aux « actifs potentiels » âgés de 20 à 64 ans, leurs effectifs doubleraient d'ici 2035, c'est-à-dire passeraient de 29 millions en 2014 à 55 millions en 2035 quelle que soit l'hypothèse retenue, et à environ 80 millions en 2050, soit près de trois fois plus qu'en 2014. Enfin, les 65 ans et plus, qui étaient estimés à 2 millions en 2014, devraient doubler d'ici 2035, et plus que tripler d'ici 2050 pour atteindre alors 6,5 millions, en une évolution inéluctable, puisque toutes ces personnes sont déjà nées.

Ces évolutions déterminent les effectifs des dépendants, c'est-à-dire des moins de 20 ans ainsi que des 65 ans et plus par rapport aux « actifs potentiels » de 20 à 64 ans, ou taux de dépendance (figure 2.2.6).

Figure 2.2.6 : Projections des taux de dépendance pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans, selon les trois hypothèses retenues, 2010-2050



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

La forte augmentation attendue de la population active va donc se traduire, pour les trois hypothèses, par une diminution des taux de dépendance. Cette diminution sera cependant, en toute logique, plus prononcée dans le cas des hypothèses associées à des baisses rapides de la fécondité, à savoir les hypothèses basse et intermédiaire. Avec l'hypothèse haute en effet, les effectifs des moins de 20 ans sont beaucoup plus importants qu'avec les deux autres hypothèses, du fait de la lenteur de la baisse de la fécondité. En conséquence, le taux de dépendance de 116 en 2050, reste élevé. En revanche, l'augmentation moindre des moins de 20 ans, selon les hypothèses intermédiaire et basse, conduit à des taux de dépendance inférieurs à 100 en 2050. Mais, ce n'est qu'avec l'hypothèse basse, associée à la baisse la plus rapide de la fécondité, que le taux de dépendance de 76 en 2050, se situe dans la fourchette des 50 à 80 dépendants notés précédemment pour les pays émergents (voir figure 1.3.4).

Des divergences similaires peuvent être constatées concernant l'évolution des taux de natalité et d'accroissement de la population. En effet, les taux bruts de natalité diminuent assez rapidement selon l'hypothèse démographique basse, passant de près de 45 pour mille en 2014, à 28 pour mille en 2035, et 19 pour mille en 2050, et un peu moins rapidement selon l'hypothèse démographique intermédiaire, passant de 33 pour mille en 2035 à 26 pour 1000 en 2050. La diminution est toutefois beaucoup plus lente selon l'hypothèse démographique haute, puisque le taux brut de natalité est toujours de 34 pour mille en 2050. Les taux bruts de mortalité décroissent également, mais il y a peu de différences entre les hypothèses, les taux passant de 15 pour mille en 2014 à 9 pour mille en 2050. L'accroissement annuel de la population suit donc l'évolution de la natalité et du nombre de naissances. Le taux d'accroissement annuel de la population (qui est très proche de l'accroissement naturel) passe ainsi de 2,9 % en 2014, à 1 %, 1,7 % et 2,5 % en 2050, selon les hypothèses démographiques basse, intermédiaire ou haute, considérées. En termes absolus, l'accroissement de la population se stabilise autour de 2 millions par an entre 2014 et 2035 selon l'hypothèse démographique basse, puis il décroît, mais est encore de 1,4 million en 2050. Selon l'hypothèse démographique intermédiaire, la population continue d'augmenter jusqu'à 2,7 millions par an en 2040, puis se maintient à ce niveau jusqu'en 2050. Mais selon l'hypothèse démographique haute, l'accroissement de la population continue de s'accélérer, et atteint 4,5 millions en 2050, soit deux fois et demie plus qu'en 2014.

Il est donc fondamental de dépasser le simple examen de l'évolution de la population totale. En effet, les politiques et programmes visant à réduire la fécondité, et donc la croissance démographique, peuvent avoir des effets importants à court terme sur plusieurs variables. En 2020 par exemple, soit sept ans après les diverses augmentations supposées de l'utilisation de la contraception, on atteint 5,3 enfants par femme en moyenne avec l'hypothèse démographique basse, 5,6 avec l'hypothèse démographique intermédiaire et 5,9 avec l'hypothèse démographique haute, contre 6,3 en 2013. De même, le taux d'accroissement annuel de la population, estimé à 2,9 % en 2014, passe en 2020 à 2,5 % avec l'hypothèse démographique basse, 2,7 % avec l'hypothèse démographique intermédiaire, mais reste à 2,9 % avec l'hypothèse démographique haute.

Concernant la population future des provinces, il nous a paru hasardeux de réaliser des projections. D'une part, les estimations de la population de chaque province en 2014 sont divergentes (voir 1.1, tableau 1.1.1), et d'autre part, les taux de croissance annuels moyens des provinces estimés pour la période 1984-2010 (tableau 1.1.2) sont le résultat de plusieurs facteurs : fécondité et mortalité propres à chaque province, ainsi que mouvements de réfugiés et déplacements intérieurs, volontaires ou contraints, de cette période fort troublée. Dans ces conditions, projeter les taux de croissance annuels moyens de 1984-2010, ou bien appliquer les pourcentages de la population de chaque province en 2014 (différents selon les sources) aux résultats des projections nationales, n'a dans l'ensemble pas beaucoup de sens. Cela dit, compte tenu des résultats des trois projections faites pour l'ensemble du pays, on peut avancer que la population de chaque province pourrait être en 2035 plus ou moins le double de ce qu'elle était en 2010, et en 2050 entre plus deux et trois fois ce qu'elle était en 2010.

### **2.3 Un pays majoritairement urbain avant 2040, et 30 millions de Kinois en 2050 ?**

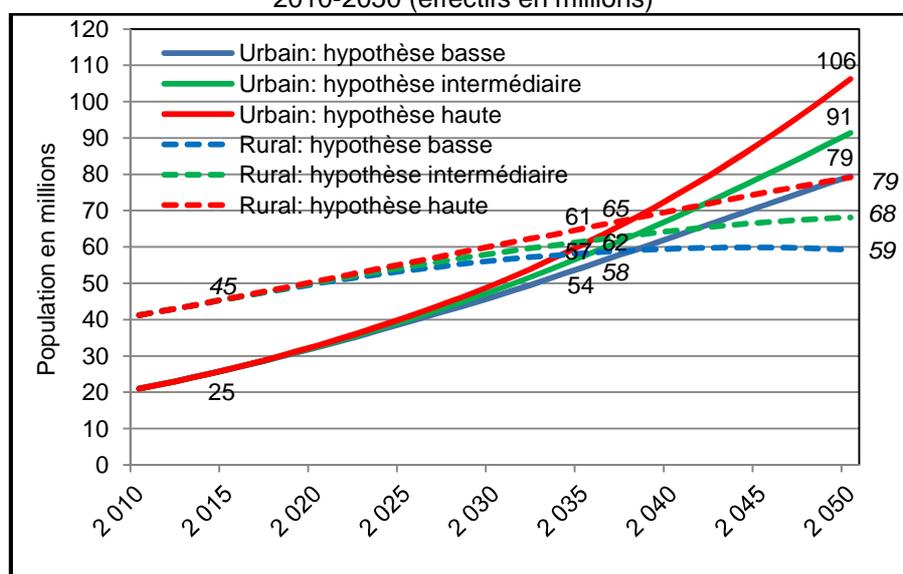
Les projections de population urbaine, tout comme les projections d'autres sous-ensembles (capitales, villes, mais aussi régions) ne sont pas indépendantes de l'évolution de la population totale. C'est pourquoi, les projections des populations urbaine et rurale, comme celles d'autres sous-ensembles, sont faites généralement une fois réalisées les projections nationales. Dans la révision 2011 de ses projections urbaines, la Division de la population des Nations Unies a ainsi fait, pour chaque pays, des hypothèses d'évolution du pourcentage de la population urbaine dans la population totale, ainsi que des hypothèses d'évolution des pourcentages des populations des grandes villes (agglomérations de plus de 750 000 habitants en 2011). Compte tenu des incertitudes associées à ce type de projections, les projections de population urbaine s'arrêtent en 2050, et celles des grandes villes en 2025, et elles sont calculées uniquement pour l'hypothèse moyenne retenue pour les projections nationales<sup>36</sup>.

Tel qu'indiqué précédemment (en 1.1) la population urbaine de la RDC représenterait 36 % de la population totale en 2014. Pour estimer son évolution dans l'avenir (et par différence, l'évolution de la population rurale), nous avons repris l'hypothèse d'évolution du pourcentage de la population urbaine donnée par les Nations Unies pour la RDC, et nous l'avons appliqué aux populations projetées

<sup>36</sup> Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, *World Urbanization Prospects : The 2011 Revision*, 2012. Disponible en ligne : <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-urbanization-prospects-the-2011-revision.html>.

jusqu'en 2050 pour les trois hypothèses démographiques que nous avons retenues. Les résultats obtenus sont présentés à la figure 2.3.1.

Figure 2.3.1 : Projections de la population urbaine et rurale selon les trois hypothèses retenues, 2010-2050 (effectifs en millions)



Source : Projections réalisées dans le cadre de la présente étude.

À l'horizon 2035, la population urbaine pourrait ainsi atteindre, selon l'hypothèse démographique considérée, 54, 57, ou 61 millions de personnes, et à l'horizon 2050, 79, 91, ou 106 millions de personnes. Dans les quelques 20 ans qui viennent (d'ici 2035), il faudrait donc s'attendre, selon l'hypothèse d'évolution du pourcentage urbain retenue, à plus du doublement de la population urbaine pour les trois hypothèses démographiques, et à l'horizon 2050, à plus du triplement pour les hypothèses démographiques basse et intermédiaire, et à plus du quadruplement selon l'hypothèse démographique haute. Cependant, malgré ces augmentations, les taux annuels de croissance de la population urbaine se ralentiraient et passeraient de 4,4 % en 2014, à 2 %, 2,8 % ou 3,6 % en 2050 selon l'hypothèse démographique considérée. On notera enfin que selon l'hypothèse d'évolution du pourcentage de la population urbaine retenue, la RDC deviendrait avant 2040 (en 2038), un pays majoritairement urbain.

Par différence, la population rurale pourrait être, selon l'hypothèse démographique considérée, de 58, 62, ou 65 millions de personnes à l'horizon 2035, et de 59, 68, ou 79 millions à l'horizon 2050. Dans les 20 ans qui viennent, il faudrait donc s'attendre à la poursuite de l'accroissement de la population rurale, avec cependant des croissances plus ou moins importantes selon l'hypothèse démographique considérée. Toutefois, à l'horizon 2050, la population rurale pourrait être stabilisée autour de 60 millions de personnes selon l'hypothèse démographique basse, alors qu'elle continuerait d'augmenter modérément selon l'hypothèse démographique intermédiaire, et plus rapidement selon l'hypothèse démographique haute. Les taux de croissance de la population rurale se ralentiraient également, et passeraient de 2,2 % en 2014, à un taux légèrement négatif en 2050 selon l'hypothèse démographique basse, à 0,3 % par an selon l'hypothèse démographique intermédiaire, mais resteraient toujours de 1,1 % par an selon l'hypothèse démographique haute. Cependant, pour les trois hypothèses démographiques, la population rurale, en 2050, serait supérieure à la population rurale de 2014, mais elle ne représenterait plus alors que 43 % de la population totale.

Concernant l'évolution de la population de Kinshasa et des populations des quatre autres villes millionnaires mentionnées précédemment : Lubumbashi (Katanga), Mbuji-Mayi (Kasaï Oriental), Kananga (Kasaï Occidental) et Kisangani, nous avons là aussi repris les hypothèses d'évolution du pourcentage de la population de chacune de ces villes dans la population urbaine données par les Nations Unies jusqu'en 2025. Nous avons ensuite prolongé ces évolutions jusqu'en 2050 et appliqué les pourcentages correspondants aux populations urbaines projetées pour les trois hypothèses démographiques retenues. Il a été constaté à ce sujet qu'au cours du processus d'urbanisation, la progression des « *mega-cities* » (ou villes de 10 millions d'habitants ou plus) avait tendance à se ralentir. C'est ce qui a été projeté pour Kinshasa avec une réduction de sa part dans la population urbaine de 38 % en 2010, à 36 % en 2025, que nous avons prolongé à 32 % en 2050. Les

pourcentages de quatre autres villes restent quasiment identiques de 2010 à 2025, et donc en 2050. Ces hypothèses ainsi que les résultats obtenus sont présentés au tableau 2.3.1 ci-dessous.

Tableau 2.3.1 : Projections de la population des cinq villes les plus peuplées de la RDC en 2014, 2035 et 2050 (effectifs en millions)

	Kinshasa	Lubumbashi	Mbuji-Mayi	Kananga	Kisangani	TOTAL
Années	Pourcentage dans la population urbaine					
% en 2014	37,6 %	6,7 %	6,5 %	3,8 %	3,6 %	58,2 %
% en 2050	32,0 %	6,5 %	6,3 %	3,7 %	3,5 %	52,0 %
Hypothèse démographique basse						
2014	9,5	1,7	1,6	1,0	0,9	14,6
2020	11,9	2,2	2,1	1,2	1,2	18,6
2035	18,8	3,6	3,5	2,1	1,9	29,8
2050	25,4	5,2	5,0	2,9	2,8	41,3
<i>Ratio 2035/2014</i>	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,0
<i>Ratio 2050/2014</i>	2,7	3,1	3,1	3,0	3,1	2,8
Hypothèse démographique intermédiaire						
2014	9,5	1,7	1,6	1,0	0,9	14,6
2020	12,0	2,2	2,1	1,3	1,2	18,7
2035	19,8	3,8	3,7	2,2	2,0	31,5
2050	29,2	5,9	5,8	3,4	3,2	47,5
<i>Ratio 2035/2014</i>	2,1	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2
<i>Ratio 2050/2014</i>	3,1	3,5	3,5	3,5	3,6	3,2
Hypothèse démographique haute						
2014	9,5	1,7	1,6	1,0	0,9	14,6
2020	12,1	2,2	2,1	1,3	1,2	18,8
2035	21,0	4,0	3,9	2,3	2,2	33,3
2050	34,0	6,9	6,7	3,9	3,7	55,3
<i>Ratio 2035/2014</i>	2,2	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3
<i>Ratio 2050/2014</i>	3,6	4,1	4,1	4,1	4,2	3,8

Source : Projections réalisées dans le cadre de la présente étude.

Selon les hypothèses retenues, la population de Kinshasa pourrait être, à l'horizon 2035, et selon l'hypothèse démographique considérée, de 19, 20 ou 21 millions d'habitants. Toujours en 2035, les populations de Lubumbashi et Mbuji-Mayi pourraient se situer aux alentours de 3,5 à 4 millions d'habitants, et celles de Kananga et Kisangani, aux alentours de 2 à 2,3 millions. A l'horizon 2050, la population de Kinshasa pourrait être, selon l'hypothèse démographique considérée, d'environ 25, 30 ou 35 millions d'habitants, celles de Lubumbashi et Mbuji-Mayi pourraient se situer aux alentours de 5 à 7 millions d'habitants, et celles de Kananga et Kisangani aux alentours de 3 à 4 millions d'habitants.

Il convient de garder à l'esprit qu'il s'agit là d'estimations fragiles, car, d'une part, elles s'appuient sur des données anciennes, et d'autre part, elles sont le résultat d'une combinaison de plusieurs hypothèses (hypothèses démographiques, hypothèses d'évolution du pourcentage de la population urbaine dans la population totale, et hypothèses d'évolution des pourcentages des populations des villes les plus peuplées dans la population urbaine). Les résultats obtenus suggèrent cependant qu'il faut s'attendre, à l'horizon 2035, au moins à un doublement de la population des cinq villes les plus peuplées du pays, et à l'horizon 2050, à leur multiplication par trois ou quatre, mais légèrement moins pour Kinshasa, du fait de l'hypothèse d'une diminution de sa part dans l'ensemble urbain. Il se pourrait néanmoins qu'en 2050, près d'un Congolais sur cinq (18 %) soit un Kinois. Par ailleurs, la multiplication possible par 3 ou 4 de la population de ces villes entre 2014 et 2050, suggère aussi que d'ici 2050, plusieurs autres villes congolaises pourraient dépasser le million d'habitants. C'est le cas en particulier des villes dont la population était estimée par Léon de Saint-Moulin à au moins 300 000 habitants en 2010 : Kikwit (Bandundu), Goma (Nord-Kivu), Bukavu et Uvira (Sud-Kivu), Likasi et Kolwezi (Katanga) et Tshikapa (Kasaï Occidental). Dans ce cas, la RDC compterait 12 villes millionnaires en 2050, où résideraient peut-être plus du tiers de la population totale du pays.

Malgré les incertitudes attachées à ces projections, il est clair que l'extension et l'amélioration des infrastructures urbaines (assainissement, alimentation en eau et en électricité, logements, transports urbains, etc.) de ces villes millionnaires ainsi que des autres centres urbains, requerront des moyens encore plus importants que par le passé, et constitueront l'un des défis majeurs auxquels le pays sera confronté.



### 3. La RDC face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain<sup>37</sup>

#### 3.1 Une croissance économique forte depuis 2003

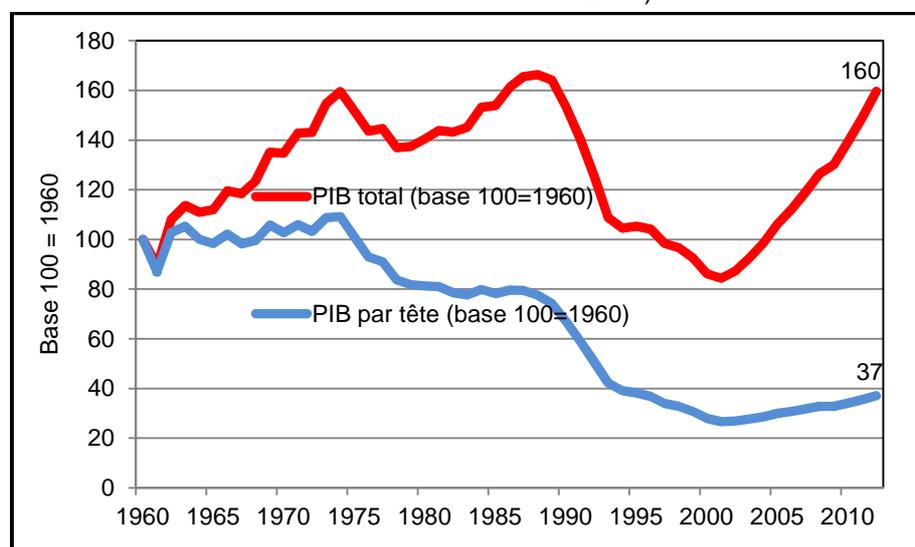
Dans quel contexte social et économique l'accélération de la croissance démographique observée en RDC s'est-elle inscrite depuis 1960 ? Quelles ont été les interactions entre croissance économique, croissance démographique et progrès sociaux ? Que peut-on dire à ce sujet pour le futur ?

La Banque mondiale a estimé le PIB de la RDC en 2012 à 17,2 milliards de dollars américains (USD), ce qui en faisait la 14<sup>e</sup> économie en importance parmi les 46 pays indépendants d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données sont disponibles<sup>38</sup>. Les économies les plus importantes étaient : l'Afrique du Sud et le Nigéria (respectivement 30 % et 21 % du PIB total de la région), suivies de l'Angola et de l'Éthiopie (respectivement 9 % et 3 % du PIB total). Le PIB congolais représentait 1,4 % du PIB de la région en 2012, contre 7,5 % pour sa population.

Son PIB par tête était estimé, toujours en 2012, à 262 dollars américains courants, ce qui classe la RDC parmi les 10 pays d'Afrique subsaharienne dont les PIB par tête étaient estimés être inférieurs à 500 dollars américains en 2012. Le PIB par tête en dollars internationaux « en parité du pouvoir d'achat » (ou dollars PPA) était nettement plus élevé, puisqu'il était estimé à 415 dollars PPA, ce qui classe la RDC dans le groupe des sept pays d'Afrique subsaharienne qui avaient, en 2012, un PIB par tête inférieur à 1000 dollars PPA (avec par ordre croissant : le Burundi, l'Érythrée, le Libéria, le Malawi, le Niger, et Madagascar).

Entre 1960 et 2010, le PIB de la RDC a été multiplié par 1,4 en termes réels, et par 1,6 entre 1960 et 2012 du fait du rebond continu de la croissance économique depuis 2003 (figure 3.1.1 et tableau 3.1.1). Entre 1960 et 2012, la moitié des 28 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données sont disponibles, on vu leur PIB en termes réels multiplié entre 6 et 11 fois, et même 67 fois pour le Botswana, premier producteur mondial de diamant.

Figure 3.1.1 : Évolution du PIB réel total et du PIB par tête en RDC de 1960 à 2012 (en dollars américains constants de 2005)



Source : *Indicateurs du développement dans le monde*. Disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

<sup>37</sup> Les indicateurs utilisés dans cette partie proviennent, sauf mention contraire, de la base de données de la Banque mondiale, *Indicateurs du développement dans le monde*, consultée début 2014. Disponible en ligne (en anglais) : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>. Cette base de données reprend les données nationales, les données calculées par la Banque mondiale et celles provenant d'autres bases de données (Division de la population des Nations Unies, UNESCO, UNICEF, OMS, FAO, OCDE, etc.). Chaque fois que possible, ces données ont été complétées par les données nationales les plus récentes auxquelles nous avons pu avoir accès.

<sup>38</sup> Nous ne disposons pas de données pour Djibouti ni la Somalie.

Tableau 3.1.1 : Économie

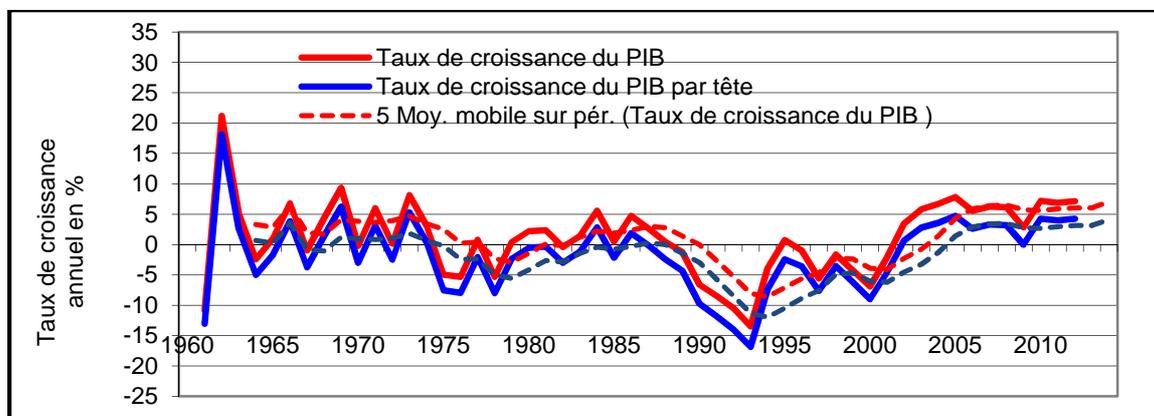
<b>Indices de croissance</b> Années	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1995</b>	<b>2005</b>	<b>2012</b>
Indice de croissance du PIB 1960 = base 100	100	135	141	105	106	160
Indice de croissance du PIB par tête 1960 = base 100	100	103	81	38	30	37
<b>Taux de croissance</b> Périodes	<b>1960- 1969</b>	<b>1970- 1979</b>	<b>1980- 1994</b>	<b>1995- 1999</b>	<b>2000- 2004</b>	<b>2005- 2012</b>
Taux de croissance annuel du PIB, en %	3,7	0,3	-1,7	-2,4	1,4	6,2
Taux de croissance annuel du PIB par tête, en %	1,0	-2,5	-4,6	-4,7	-1,3	3,3
<b>Contribution au PIB, en %</b> Périodes	<b>1965- 1969</b>	<b>1970- 1979</b>	<b>1980- 1984</b>	<b>1995- 1999</b>	<b>2000- 2004</b>	<b>2005- 2012</b>
Contribution de l'agriculture au PIB, en %	20,6	19,7	30,0	47,8	52,4	46,3
Contribution de l'industrie au PIB, en %	33,2	35,7	30,6	22,2	21,0	22,1
Contribution des services au PIB, en %	46,2	44,5	39,4	30,1	26,6	31,6
<b>Pauvreté</b> Périodes						<b>2005- 2006</b>
% de la population sous le seuil de pauvreté						
- Ensemble du pays	-	-	-	-	-	71,3 (2005)
- En milieu rural	-	-	-	-	-	75,7 (2005)
- En milieu urbain	-	-	-	-	-	61,5 (2003)
% Population avec moins de 1,25 dollar PPA/jour	-	-	-	-	-	87,7 (2006)
% Population avec moins de 2,00 dollars PPA/jour	-	-	-	-	-	95,2 (2006)

Source : *Indicateurs du développement dans le monde*. Disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Les gains modestes réalisés depuis 1960 ont été complètement « absorbés » par la forte croissance démographique qu'a connue le pays depuis 1960. C'est ainsi que la valeur réelle du PIB par tête était estimée en 2012 à 37 % de son niveau de 1960.

Les performances de l'économie congolaise ont été très irrégulières depuis 1960 (figure 3.1.2). Les raisons en sont multiples et diverses selon les périodes : instabilité politique et troubles intérieurs, politiques économiques et monétaires inadaptées, conséquences des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel, gabegie, variabilité des prix des produits exportés sur les marchés internationaux, mais aussi importance croissante du secteur informel dans l'économie.

Figure 3.1.2 : Évolution des taux de croissance annuels en termes réels du PIB total et du PIB par tête de la RDC de 1960 à 2012



Source : *Indicateurs du développement dans le monde*. Disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Les performances étaient honorables dans les années 1960, compte tenu en particulier de l'augmentation à partir de 1965 des cours du cuivre, dont la RDC est l'un des principaux producteurs mondiaux. Mais en 1975, les cours du cuivre se sont effondrés à la moitié de leur valeur antérieure. Ils ont alors entamé une baisse qui a duré jusqu'en 2005. Les cours sont ensuite remontés au double de la valeur des années précédentes, tout en restant inférieurs, en termes réels, aux valeurs maximales enregistrées en 1965 et 1975<sup>39</sup>. Ainsi, dans les années 1970, la baisse de la valeur des exportations, combinée à d'autres facteurs s'est traduite, pour la décennie, par une croissance économique annuelle moyenne proche de zéro. Ces performances médiocres ont conduit, de 1978 à 1989, à l'adoption de quatre programmes d'ajustement et d'un nouveau plan de relance et d'ajustement structurel pour la période 1985-1990. Mais entre 1980 et 1994, l'économie a rétréci et enregistré une décroissance moyenne de - 1,7 % par an.

L'année 1990 a marqué un tournant dans l'histoire récente de la RDC. Un processus de démocratisation a été lancé, mais l'année 1990 a également été celle de la rupture avec les milieux financiers internationaux et les bailleurs bilatéraux. Ont alors commencé les années de désintégration de l'État et de l'économie nationale (1990-1997), qui se sont terminées par la chute du régime en place. Mais la période qui a suivi a été marquée par des conflits avec les pays voisins, ou deuxième guerre du Congo, qui a commencé en 1998 et s'est terminée en 2002. Dans ce contexte, le PIB a continué de décroître au rythme d'une décroissance moyenne de - 2,4 % par an entre 1995 et 1999.

La fin progressive de la guerre, la mise en place d'un Gouvernement de transition en 2003, puis la tenue d'élections pluralistes en 2006, ont enfin créé les conditions de la reconstruction du pays et d'une reprise économique. La croissance économique moyenne pour la période 2005-2012 s'est ainsi établie à 6,2 % par an.

Cette croissance, il faut le souligner, intervient dans un contexte économique international favorable. En effet, la croissance économique moyenne de 2005-2012 pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, est de 4,9 % par an, devant la croissance moyenne de la région Asie de l'Est et du Pacifique, de 4,3 %, et devant la région Amérique latine, dont la croissance est de 3,7 %, mais en seconde position après la croissance de la région Asie du Sud, qui est de 7,2 % par an. Cependant, les pays d'Asie de l'Est et du Pacifique, d'Asie du Sud, et d'Amérique latine sont déjà bien avancés dans leur transition démographique, et la croissance de la population de ces régions s'est beaucoup ralentie. Elle est effet, pour la période 2005-2012, de 0,7 % par an pour la région Asie de l'Est et Pacifique, de 1,2 % pour la région Amérique latine, et de 1,5 % pour la région Asie du Sud, mais quasiment du double, à 2,7 % par an, pour l'Afrique subsaharienne. En conséquence, la croissance économique des autres régions en développement n'est que partiellement absorbée par leur croissance démographique, ce qui est favorisé par leurs taux de dépendance plus faibles que ceux d'Afrique subsaharienne (voir 1.3). La croissance moyenne du PIB par tête en Afrique subsaharienne en 2005-2012, s'établit à seulement 2,2 % par an, et elle est la plus faible de celles enregistrées pour les autres régions en développement (5,7 %, 3,6 % et 2,4 % respectivement pour l'Asie du Sud, l'Asie de l'Est et Pacifique, et l'Amérique latine). Plus de la moitié de la croissance économique récente de l'Afrique subsaharienne, de 4,9 % par an, a donc été absorbée par sa croissance démographique, d'où un taux de croissance de son PIB moyen par tête de 2,2 %.

La reprise de la croissance en Afrique subsaharienne s'est opérée, dans la plupart des pays, au milieu des années 1990. Pour illustrer cette reprise, nous avons comparé l'évolution des taux de croissance annuels du PIB total et du PIB par tête en termes réels en RDC, pour les périodes 1980-1994, 1995-2004 et 2005-2012, avec les évolutions dans 8 pays voisins. Il s'agit de l'Angola, du Burundi, du Congo, du Kenya, de l'Ouganda, du Rwanda, de la Tanzanie, ainsi que de la Zambie, que nous avons classés selon la croissance de leur PIB pour la période 2005-2012 (figure 3.1.3).

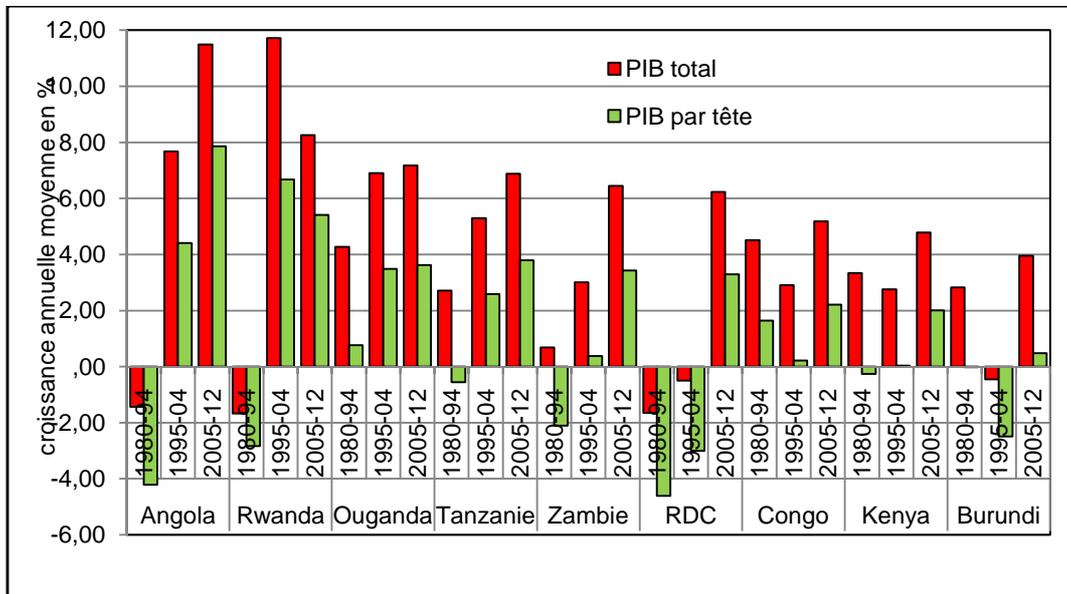
La période 1980-1994, tout d'abord, est caractérisée par des croissances économiques négatives dans 4 pays (affectés par des guerres civiles), et des croissances négatives des PIB par tête dans 7 des 9 pays retenus. Au cours de la période 1994-2004, en revanche, seuls la RDC et le Burundi enregistrent des croissances négatives de leur PIB et de leur PIB par tête. Pour la période 2005-2012, non seulement tous les pays enregistrent des croissances positives, mais 6 pays sur 9 (dont la RDC), ont des croissances moyennes appréciables supérieures à 6 % par an. Mais, comme noté précédemment, la forte croissance démographique des pays réduit, dans la plupart des cas, de moitié

---

<sup>39</sup> Voir les cours du cuivre de 1957 à 2013. Disponible en ligne : [http://www.cuprofil.fr/cours\\_cu/click\\_cours\\_cu\\_fr.htm](http://www.cuprofil.fr/cours_cu/click_cours_cu_fr.htm).

au moins, les gains en matière de PIB par tête. Les croissances les plus fortes sont celles des PIB de l'Angola et du Rwanda, et la plus faible, celle du Burundi. Pour les autres pays, les croissances les plus fortes depuis longtemps pour ce qui est des PIB par tête pour la période 2005-2012, se situent entre 3,6 % par an pour l'Ouganda, et 2 % pour le Kenya. De tels taux correspondent à un doublement du PIB par tête tous les 20 ans dans le premier cas, et tous les 35 ans dans le second.

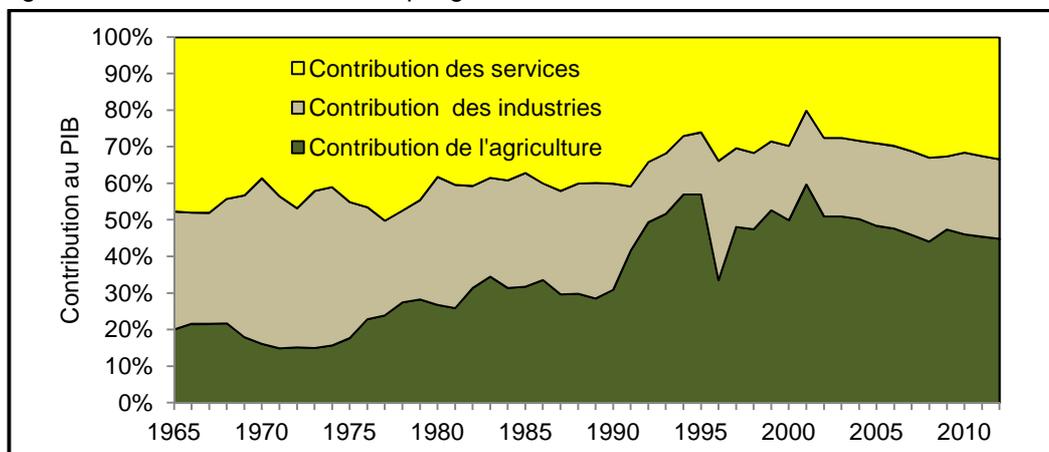
Figure 3.1.3 : Évolution des taux de croissance annuels en termes réels du PIB total et du PIB par tête, 1980-1994, 1995-2004, 2005-2012, en RDC et dans 8 pays voisins



Source : Indicateurs du développement dans le monde. Disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

On explique généralement à juste titre les performances médiocres de l'économie congolaise jusqu'en 2002 par l'impact des troubles intérieurs, des guerres et de la gabegie qu'a connus le pays jusqu'à cette date. Cependant, cette explication ne doit pas occulter l'analyse de certaines des caractéristiques structurelles de l'économie congolaise. L'analyse des données disponibles sur la contribution de chaque grand secteur d'activité au PIB depuis 1960, révèle ainsi une augmentation de la contribution de l'ensemble agriculture, élevage, pêche, et chasse, de 20 % en 1965, à 45 % en 2012 (figure 3.1.4). Parallèlement, l'on observe une baisse de 32 % à 22 % de la contribution de l'ensemble industries, exploitation minière, construction, production d'électricité, d'eau et de gaz, ainsi qu'une baisse de 48 % à 33 %, de la contribution de l'ensemble des services (commerce de gros et de détail, hôtels, restaurants, transports, services financiers, professionnels et personnels - dont l'éducation et la santé - services immobiliers, et Gouvernement).

Figure 3.1.4 : Contribution de chaque grand secteur d'activité au PIB de 1965 à 2012 en %



Source : Indicateurs du développement dans le monde. Disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Ces tendances sont certainement en train de se modifier, puisqu'au cours de la période 2005-2012, c'est la croissance moyenne du secteur de l'industrie qui a été la plus importante, à 8,3 % par an, suivie par celle du secteur des services, à 7,1 % par an, et enfin par la croissance moyenne du secteur de l'agriculture, qui s'établit à 3,1 % par an. Le secteur de l'agriculture n'a donc contribué récemment qu'à environ un quart de la croissance totale enregistrée entre 2005 et 2012, ce qui reste appréciable.

La RDC conserve pourtant d'importantes potentialités en foresterie et dans le domaine agricole. Les forêts couvraient 71 % du territoire national en 1990, et malgré l'intensification de leur exploitation ces dernières années, elles couvriraient toujours 68 % du territoire national en 2011. Les bénéfices tirés de l'exploitation des forêts ont représenté en moyenne 30 % du PIB au cours de la période 2005-2012, contre 2 % au début des années 1970. L'intensification de l'exploitation des ressources forestières pose cependant le problème de leur gestion durable et du contrôle des acteurs dans ce secteur.

Les estimations des terres arables en RDC varient selon les sources. Le chiffre souvent cité de 80 millions d'hectares est peut-être légèrement surévalué, car il représente 35 % du territoire national alors que les forêts en occuperaient 68 % (ce qui donne un total supérieur à 100 %). Les terres agricoles<sup>40</sup> sont estimées par la Banque mondiale à 6,8 millions d'hectares (contre 8 millions souvent avancés). Cependant, quelle que soit l'estimation retenue, il semble avéré qu'environ 10 % des terres cultivables sont effectivement cultivées. Les dernières décennies ont été marquées dans le secteur par l'effondrement des cultures industrielles d'exportation dont les exploitations modernes étaient le moteur. Les principaux produits concernés sont le café, le thé, le cacao, le caoutchouc, l'huile de palme et le coton. Toutefois, cette évolution a ouvert le marché à la production villageoise. Concernant les cultures destinées au marché intérieur, du fait de l'insécurité dans les zones rurales et de l'augmentation drastique des coûts directs et indirects pour acheminer les produits sur les marchés, les producteurs congolais ont été graduellement coupés des marchés. La productivité agricole a baissé et les producteurs ont opté pour une stratégie d'autosuffisance, ne commercialisant que le surplus occasionnel de leurs productions, sauf pour les producteurs situés à proximité immédiate des grands centres de consommation. C'est ainsi que la production de produits alimentaires<sup>41</sup> n'a augmenté que de 80 % entre 1961 et 2012, alors que dans le même temps la population était multipliée par 5. Les grands centres urbains, en particulier Kinshasa, ont donc cessé d'être approvisionnés par la production intérieure, et ont dû se tourner vers les importations pour des produits de base tels que le riz, le maïs, l'huile de palme et la viande<sup>42</sup>. Avec le retour de la paix en 2002, l'activité agricole semble avoir repris et permis un début de redressement des exportations (notamment le café, le latex, et le thé). Mais il est encore difficile d'assurer que cette reprise a entraîné une réduction structurelle des importations alimentaires. Pour les années à venir, la situation semble favorable à une reprise soutenue des activités de ce secteur sinistré. La demande intérieure est en effet très porteuse pour les cultures vivrières et les produits de l'élevage. Aussi les marchés régionaux et internationaux représentent un gisement de croissance considérable pour les producteurs congolais. La question reste de savoir comment sera organisé ce secteur entre petits producteurs, et moyennes et grandes exploitations, et comment, et à quel coût, les produits seront acheminés sur les marchés.

Concernant les services, il est plus difficile d'analyser l'évolution de ce grand secteur, compte tenu de son hétérogénéité. Il faut noter d'abord la part croissante des activités de type informel dans le commerce et les services à la personne. Mais, par ailleurs, avec le retour de la paix, il est clair que les besoins en services financiers, professionnels, sanitaires et éducatifs, ont augmenté, et que la demande pour ces services va continuer de croître. De même, la reconstruction de l'administration a participé à la croissance récente des services, et cette évolution devrait se poursuivre. Enfin, le développement absolument nécessaire des transports, des télécommunications et des activités liées

---

<sup>40</sup> Les terres agricoles sont définies comme la part de la superficie des terres arables utilisées pour des cultures permanentes - telles que le café, le cacao, ou le caoutchouc, qui n'ont pas besoin d'être replantées après chaque récolte - ainsi que les plantations de fleurs et les vergers, mais non les terres plantées en arbres pour le bois. Elles incluent également, selon la FAO, les terres utilisées pour des cultures temporaires, les prairies temporaires à faucher ou à pâturer, les terres temporairement en jachère, ainsi que les jardins maraîchers ou personnels. Les terres abandonnées en raison d'une culture itinérante sont exclues.

<sup>41</sup> La production alimentaire est celle des cultures vivrières qui sont considérées comme comestibles et qui contiennent des nutriments. Le café et le thé en sont exclus, parce que bien que comestibles, ils n'ont aucune valeur nutritive.

<sup>42</sup> République Démocratique du Congo, Ministère du Commerce, Petites et Moyennes Entreprises, *Programme cadre intégré renforcé (CIR) - Étude diagnostique sur l'intégration du commerce*, Kinshasa, juillet 2010, 217 p. Disponible au lien suivant :

[http://siteresources.worldbank.org/INTCONGODEMOCRATIC/Resources/RDC\\_EDIC\\_Aout2010.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTCONGODEMOCRATIC/Resources/RDC_EDIC_Aout2010.pdf).

aux technologies de l'information devrait également être un stimulant majeur pour l'expansion future du secteur. Toutefois, cela requerra des investissements importants en matière d'infrastructures et aussi, dans nombre de cas, une main d'œuvre très qualifiée.

Concernant enfin le grand secteur de l'industrie, sa croissance très rapide au cours de ces dernières années est largement imputable à la croissance des activités minières. Les bénéfices tirés des minéraux, qui représentaient 7,6 % du PIB au début des années 1970, en ont représenté 15 % en moyenne au cours des années 2005-2012, et 24 % pour les 3 dernières années connues (2010, 2011, et 2012). Le sous-sol de la RDC compte parmi les plus riches au monde, et contient des gisements d'une cinquantaine de minerais, dont une douzaine seulement est exploitée. On peut citer parmi ceux-ci, le cuivre, le cobalt, le coltan, et les diamants, produits pour lesquels la RDC fait partie des principaux producteurs mondiaux. Mais, il faut citer aussi le zinc, l'étain, l'or, l'argent, le cadmium, le tungstène, et le manganèse. Le développement du secteur minier congolais est encore loin de ses potentialités, et sa contribution à la croissance pourrait être plus importante qu'elle ne l'a été dans le passé. Bien qu'intensif en capital plutôt qu'en main-d'œuvre, le développement du secteur minier aurait de nombreux effets d'entraînement. On estimait ainsi, en 2010, à 200 000 le nombre de personnes dépendant, directement ou indirectement, du secteur des mines industrielles, et entre 500 000 et deux millions le nombre de creuseurs travaillant dans les mines artisanales. En comptant cinq dépendants par travailleur, ces chiffres signifieraient donc qu'entre 5 et près de 10 millions de Congolais dépendraient du seul secteur minier (formel et informel).

À côté du secteur des mines industrielles, où sont actives plusieurs multinationales, il existe en effet un secteur artisanal important, mais dont la production et les exportations sont par nature difficiles à mesurer. Cela dit, la production congolaise de diamants serait entièrement informelle, et environ 95 % des exportations d'or le seraient aussi, et ces exportations ne sont pas enregistrées. Par le passé les prix des minerais semblaient orientés à la baisse, mais ceci ne semble plus être le cas aujourd'hui, en particulier pour le cuivre, le cobalt et les diamants. Le développement du secteur minier reste cependant entravé par de nombreuses contraintes : lourdeur de la taxation, multiplicité des agences intervenant dans le secteur et manque de coordination entre les acteurs fiscaux et parafiscaux, conflits d'intérêt entre pouvoir central et autorités provinciales, coûts élevés de la main-d'œuvre, approvisionnement déficient en énergie, obsolescence du réseau ferroviaire et des locomotives, d'où des coûts élevés de transport. « L'environnement des affaires du secteur minier de la RDC a [par conséquent] besoin de visibilité et de stabilité. Comme dans les autres secteurs générateurs de richesse, le Gouvernement doit choisir entre faire de ces secteurs des gisements de ponctions fiscales, ou des vitrines pour les investisseurs extérieurs »<sup>43</sup>. Des décisions ont été prises pour améliorer la gouvernance du secteur, telle que la décision de 2008 du Gouvernement de participer à l'Initiative pour la transparence dans les industries extractives (ITIE), décision qui a été saluée par les investisseurs comme un signal positif. Mais beaucoup reste à faire pour lever les contraintes qui entravent le développement du secteur.

Pour la RDC, le fait de réaliser le potentiel de croissance et de développement que lui permet d'escompter l'étendue de son territoire et l'importance de ses ressources naturelles ne sera pas tâche facile. Quel que soit le secteur considéré, les défis à relever pour accélérer la croissance restent considérables. Aussi, l'économie et nombre des secteurs sociaux restent toujours très dépendants de l'aide publique au développement. Après l'aide massive accordée en 2003 après la fin de la guerre, l'aide officielle au développement a continué, représentant en moyenne 25 % du Revenu intérieur brut entre 2004 et 2012, et 28 % pour les trois dernières années connues (2010, 2011, et 2012)<sup>44</sup>. En comparaison, les investissements directs étrangers ont représenté 10 % du PIB entre 2003 et 2012, et 16 % du PIB pour les trois dernières années connues (2010, 2011, 2012). L'autre source de revenus extérieurs, les envois enregistrés des fonds des émigrés, a représenté ces dernières années moins de 1 % du PIB, malgré l'émigration de 15 % (chiffre de 2000) des Congolais ayant une éducation supérieure. Cette dépendance financière extérieure fragilise l'économie congolaise et s'ajoute à sa dépendance aux prix des marchés internationaux pour ses exportations de produits de base et pour ses importations de produits industriels et alimentaires. Ceci explique pourquoi la RDC a été l'un des pays d'Afrique les plus touchés par la crise financière mondiale de 2008-2009.

---

<sup>43</sup> Ici et pour ce qui précède, même référence que dans la note précédente : République Démocratique du Congo, Ministère du Commerce, Petites et Moyennes Entreprises, *Programme cadre intégré renforcé (CIR) - Étude diagnostique sur l'intégration du commerce*, Kinshasa, juillet 2010, 217 p. Disponible au lien suivant : [http://siteresources.worldbank.org/INTCONGODEMOCRATIC/Resources/RDC\\_EDIC\\_Aout2010.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTCONGODEMOCRATIC/Resources/RDC_EDIC_Aout2010.pdf).

<sup>44</sup> Assistance nette reçue des 29 pays membres du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE. Il s'agit de pays membres de l'Union européenne, du Canada, des États-Unis, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Les aides des autres pays ne sont donc incluses dans ces chiffres.

Il est évidemment impossible de prévoir quelle sera la croissance économique de la RDC dans les décennies qui viennent. Les prévisions à court terme restent cependant optimistes. La croissance annuelle moyenne pour 2010-2012 est de 7,1 %, et le FMI table sur une croissance moyenne de 7,3 % pour 2013-2014 et 2015<sup>45</sup>. Nous avons cherché à savoir quelle pourrait être l'évolution du PIB par tête d'ici 2050 en combinant diverses hypothèses de croissance économique et de croissance démographique. Nous sommes partis du PIB par tête de 415 dollars PPA en 2012 pour estimer quel pourrait être, à l'avenir, le PIB par tête, selon différents calculs combinant divers taux de croissance économique, avec les taux d'accroissement naturel trouvés selon les trois hypothèses : haute, moyenne et basse, présentées en 2.1. Les résultats obtenus indiquent qu'avec une croissance économique constante de 7 % par an, le PIB par tête double en 15 ans, c'est-à-dire en 2029, qu'il est multiplié par 4 en 2041, selon l'hypothèse basse, au lieu de 4 ans plus tard, en 2045, selon l'hypothèse haute, et qu'il est multiplié par 10 en 2058, selon l'hypothèse démographique basse, au lieu de 8 ans plus tard, en 2066, selon l'hypothèse démographique haute. Le revenu par tête correspondant, d'au moins 4150 dollars PPA de 2012, placerait alors la RDC au 12<sup>e</sup> rang parmi les 44 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels on dispose en 2012 de données sur le PIB par tête en dollars PPA, loin derrière l'Afrique du Sud, et Maurice, derrière l'Angola et le Cap Vert, et presque à égalité avec la République du Congo, mais devant le Nigéria, le Kenya, la Tanzanie et l'Éthiopie. Selon l'hypothèse d'une croissance économique constante de 10 % par an, le PIB par tête serait multiplié par 10 en 2043 selon l'hypothèse démographique basse, et en 2045, selon l'hypothèse démographique haute, soit plus ou moins en 30 ans. Cependant, mises à part la Chine et la Guinée Équatoriale, aucun pays n'a enregistré des taux de croissance d'au moins 10 % par an sur longue période (de 1982 à 2012). Les taux de croissance moyens les plus élevés, de 1982 à 2012, sont plutôt d'environ 6 % par an, comme dans le cas de Singapour, du Botswana, de l'Inde, de la Corée du Sud et de la Malaisie, qui sont tous des pays ayant plus ou moins achevé leur transition démographique. Les résultats de ce type de projection mécanique doivent évidemment être interprétés avec précaution. Ils indiquent cependant que, même avec des taux de croissance économique élevés, une augmentation significative du PIB par tête de la RDC prendra quelques dizaines d'années, et qu'elle sera un peu plus rapide dans le cas d'une réduction rapide de la croissance démographique, c'est-à-dire de la fécondité.

### 3.2 Fournir un emploi « décent » à tous les jeunes ?

La croissance du PIB et du PIB par tête, ne sont cependant pas tout, et la croissance n'est pas le développement. Le développement peut en effet être défini comme un processus endogène et cumulatif de progrès de la productivité, et de réduction des inégalités à long terme<sup>46</sup>. Il est aussi, selon le lauréat du Prix Nobel d'Économie en 1998, l'Indien Amartya Sen, un processus d'élargissement des choix des personnes apportant plus de liberté à tous<sup>47</sup>.

Il faut se réjouir de la reprise récente de la croissance en RDC et dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne (17 pays sur 46 ont enregistré une croissance annuelle moyenne de leur PIB supérieure à 6 % par an en 2005-2012). Toutefois, comme le note le *Rapport 2012* de la Banque africaine de développement<sup>48</sup>, la forte croissance enregistrée ces dernières années dans de nombreux pays a été largement tirée par les cours élevés des matières premières. Par ailleurs, cette croissance n'a pas été « inclusive », c'est-à-dire qu'elle n'a pas profité de la même manière à tous les secteurs économiques, à toutes les régions, ni à toutes les catégories de la population. En particulier, cette croissance n'a pas beaucoup profité aux jeunes, qui sont restés confrontés à un chômage et à un sous-emploi importants.

<sup>45</sup> Fonds Monétaire International, Democratic Republic of the Congo - Staff report for the 2012 Article IV Consultation, Rapport pays du FMI n° 13/94, avril 2013, 79 p. Disponible en ligne : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2013/cr1394.pdf>.

<sup>46</sup> P. Hugon, « Le post ajustement et l'après "Consensus de Washington" ou le quatrième temps de la pensée francophone en économie du développement », *L'état des savoirs sur le développement - Vers une perspective européenne ?* Séminaire organisé les 18-19 novembre 2004. Disponible en ligne : <http://www.gemdev.org/publications/etatdessavoirs/pdf/hugon.pdf>.

<sup>47</sup> Agence Française de Développement, *Amartya Sen : un économiste du développement ?*, Notes et documents n° 30, Valérie Reboud, dir., 2008, 254 p. Disponible en ligne : <http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Archives/Notes-et-documents/30-notes-documents.pdf>.

<sup>48</sup> Banque africaine de développement, *Perspectives économiques en Afrique en 2012 - Thème spécial : Promouvoir l'emploi des jeunes* - BAD, OCDE, PNUD, CEA, 2012, 316 p. Disponible en ligne : [http://www.oecd-ilibrary.org/fr/development/perspectives-economiques-en-afrique-2012\\_aeo-2012-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/development/perspectives-economiques-en-afrique-2012_aeo-2012-fr).

En ce qui concerne la pauvreté, il est peu probable que la situation se soit beaucoup améliorée depuis 2006, date des dernières données disponibles. Ces données indiquent qu'en 2005 et 2006, 71 % des Congolais vivaient sous le seuil de pauvreté tel qu'il était alors défini au niveau national, avec une faible différence, en comparaison des autres pays, entre milieu urbain et milieu rural, puisque 62 % des pauvres vivaient en milieu urbain, et 76 % en milieu rural. Les estimations internationales sont plus élevées et donnent, pour 2006, 88 % de la population vivant avec moins de 1,25 dollar PPA par jour (situation dite d'extrême pauvreté) et 95 % avec moins de 2,00 dollars PPA par jour (tableau 3.1.1).

Concernant l'emploi, une vaste étude de 2012 sur la « résilience » de la RDC, ce « géant africain »<sup>49</sup>, note que les années d'instabilité qu'a connues le pays, ont poussé la plupart des actifs dans l'agriculture de subsistance et le secteur informel. C'est ainsi qu'en RDC, 91 % des actifs occupés sont employés dans le secteur informel au niveau national (71 % dans la capitale et 95 % en zone rurale)<sup>50</sup>. Le taux de chômage est relativement bas, puisqu'il est de 3,7 % pour l'ensemble du pays. En effet, rester au chômage, sans support de ses proches, en attendant de trouver l'emploi désiré, reste un luxe pour la plupart des jeunes, qui doivent subvenir à leurs besoins et/ou contribuer aux charges de leur famille. Ils sont ainsi contraints d'accepter des emplois insuffisamment rémunérés et sans perspective d'avenir. En fait, le chômage est surtout un phénomène urbain. Parmi les 776 000 chômeurs estimés en 2005, un tiers était des Kinois, ce qui correspondait à un taux de chômage de 15 % dans la capitale. Par ailleurs, en milieu urbain comme en milieu rural, l'inactivité correspond aussi, en réalité, à une forme de chômage déguisé, puisque 8 inactifs sur 10 disent avoir choisi ce statut et s'être retirés du marché du travail parce qu'ils ne pensaient pas pouvoir obtenir d'emploi. Cette situation, que l'on retrouve dans la plupart des pays africains<sup>51</sup>, est le résultat de l'écart abyssal entre l'offre et la demande d'emploi, du fait de la faiblesse du secteur formel, public et privé, qui est incapable de créer un nombre suffisant d'emplois face à une demande en croissance rapide.

L'ajustement à cette situation de sous-emploi massif (qui comprend donc le sous-emploi des personnes occupées, le chômage proprement dit, ainsi que l'inactivité subie) sera difficile, en particulier pour les jeunes urbains et les diplômés, dont les attentes sont élevées. Cette situation présente des risques en termes de conflit et d'instabilité sociale, car elle pèse sur les conditions de vie des familles dont les jeunes générations restent à charge en dépit des investissements réalisés pour leur donner accès à l'éducation. Le retour sur éducation est en effet faible, et l'est davantage encore dans les zones rurales. Fournir un emploi « décent » pour tous dans les 20 ans qui viennent, constitue donc un défi majeur et incontournable<sup>52</sup>, qui sera difficile à relever dans le contexte de pauvreté et de précarité qui prévaut toujours en RDC, comme d'ailleurs dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Le *Rapport 2012* de la Banque africaine de développement souligne à ce sujet la transition difficile des jeunes Africains vers l'emploi entre 15 et 30 ans. Le *Rapport* constate

---

<sup>49</sup> Johannes Herderschee, Kai-Alexander Kaiser et Daniel Mukoko Samba, *Resilience of an African Giant - Boosting Growth and Development in the Democratic Republic of Congo*, Washington, D.C., Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale, 2012, 116 p. Disponible en ligne : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2359/648210PUB0Resi0C0disclosed010050110.pdf?sequence=1>. Cet ouvrage constitue une synthèse qui s'appuie sur les trois volumes suivants : Johannes Herderschee, Daniel Mukoko Samba et Moïse Tshimenga Tshibangu, dir., *Résilience d'un Géant Africain - Accélérer la Croissance et Promouvoir l'Emploi en République Démocratique du Congo*, 3 vol., Washington, D.C., Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale, 2012. Disponibles en ligne : [http://www.banquemonde.org/fr/region/afr/research/all?qterm=&count\\_exact=Congo%2C+Democratic+Republic+of](http://www.banquemonde.org/fr/region/afr/research/all?qterm=&count_exact=Congo%2C+Democratic+Republic+of).

<sup>50</sup> Thimotée Makabu Ma Nkenda, Martin Mba et Constance Torelli, L'Emploi, le Chômage et les Conditions d'Activité en République Démocratique du Congo : Principaux résultats de la phase 1 de l'Enquête 1-2-3, 2004-2005, DIAL, Document de travail DT/2007-14, 2007, 58 p. Disponible en ligne : <http://en.dial.ird.fr/content/view/full/51013>.

Voir aussi Thimotée Makabu Ma Nkenda, Martin Mba, Sébastien Merceron et Constance Torelli, Le Secteur informel en milieu urbain en République Démocratique du Congo : Performances, insertion, perspectives. Principaux résultats de la phase 2 de l'enquête 1-2-3 2004-2005, DIAL, Document de travail DT/2007-15, 2007, 41 p. Disponible en ligne : <http://en.dial.ird.fr/content/view/full/51021>.

<sup>51</sup> J. Charnes, « The Informal Economy Worldwide: Trends and Characteristics », *Margin: The Journal of Applied Economic Research*, vol. 6, n° 2, National Council of Applied Economic Research, Los Angeles, SAGE Publications (2012), p. 103-132.

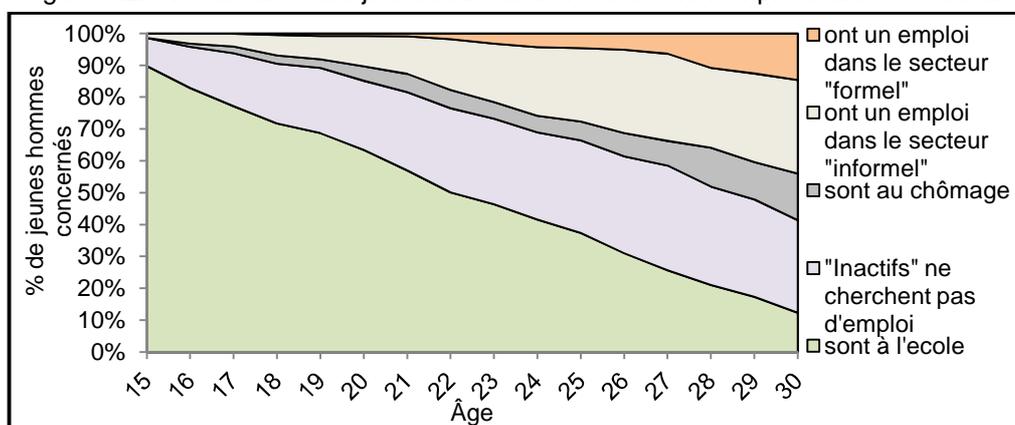
<sup>52</sup> Annick Huyghe Mauro, Sandra Barlet et André Gauron, « L'insertion des jeunes en Afrique subsaharienne. De quoi parle-t-on ? », *L'actualité des services aux entreprises*, n° 25 (juin 2013), GRET-AFD, 13 p. Disponible en ligne : [http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/ELEMENTS\\_COMMUNS/imgs\\_newsletter\\_afd/pdf/Insertion-jeunes-afrique-de-quoi-parle-t-on.pdf](http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/ELEMENTS_COMMUNS/imgs_newsletter_afd/pdf/Insertion-jeunes-afrique-de-quoi-parle-t-on.pdf).

qu'aujourd'hui, à 30 ans, seuls 25 % des jeunes Africains, et 10 % des jeunes Africaines, occupent un emploi « satisfaisant », généralement comme salarié(e) dans le secteur formel ou « moderne ». Les autres se trouvent dans des situations précaires, et occupent des emplois peu, voire non rémunérés, dans le secteur informel ou l'agriculture, ou bien sont chômeurs ou inactifs. À partir de ce constat, les auteurs du *Rapport* soulignent que le secteur « moderne », ou secteur formel, ne sera pas en mesure d'absorber les très nombreux arrivants sur les marchés du travail africains, et que l'activité informelle et l'emploi précaire resteront la norme pour beaucoup de jeunes. Ils appellent en conséquence à reconnaître que le secteur informel continuera de jouer un rôle essentiel d'absorption des jeunes sur les marchés du travail, et ils recommandent la prise en considération du secteur informel dans toute politique publique axée sur les jeunes.

Nous avons pu faire le même constat pour la RDC à partir des données de l'*Enquête 1-2-3* de 2004-2005, qui permet de distinguer les activités de type formel et celles relevant du secteur informel agricole et non agricole, les activités non agricoles étant concentrées en milieu urbain. Il est à noter que la nouvelle *Enquête 1-2-3* réalisée en 2012 permettra d'actualiser ces données. Les résultats obtenus indiquent ainsi qu'en 2005-2006, vers 30 ans, et en milieu rural, seuls 2 % des hommes, et moins de 1 % des femmes, avaient un emploi de type formel ou « moderne », 84 % des hommes et 80 % des femmes avaient un emploi de type informel, tandis que les autres personnes étaient des jeunes inactifs (20 % chez les femmes), ou bien qui poursuivaient des études ou une formation, le chômage ne concernant que 1 % à 2 % des jeunes ruraux. La situation était un peu meilleure en milieu urbain, où, vers 30 ans, 10 % des hommes, et moins de 2 % des femmes, avaient un emploi de type formel ou « moderne », 55 % des hommes, et 40 % des femmes, un emploi de type informel, et où 8 % des hommes et 4 % des femmes étaient au chômage, les autres personnes étant des inactifs, à raison de 50 % chez les femmes, soit un chiffre très élevé, contre 20 % chez les hommes, ou bien des jeunes poursuivant des études ou une formation.

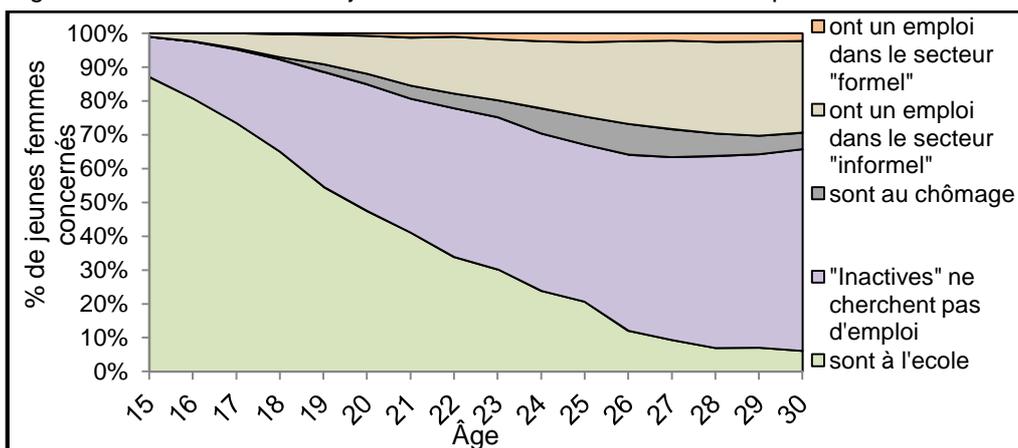
La situation la meilleure, si l'on peut dire, était celle enregistrée à Kinshasa, ville province privilégiée par rapport aux autres, car concentrant l'essentiel des investissements et des institutions de financement. Mais là aussi, l'économie locale était incapable d'absorber l'expansion rapide et continue de la force de travail, liée à une forte pression démographique. Les figures 3.2.1 et 3.2.2 illustrent la difficile et souvent impossible transition des jeunes Kinois, de l'adolescence à l'âge adulte, vers un emploi « décent ».

Figure 3.2.1 : Transition des jeunes Kinois de l'école vers l'emploi entre 15 et 30 ans



Source : *Enquête 1-2-3 2005-2006*, exploitation spéciale.

Figure 3.2.2 : Transition des jeunes Kinois de l'école vers l'emploi entre 15 et 30 ans



Source : Enquête 1-2-3 2005-2006, exploitation spéciale.

C'est ainsi que vers 30 ans, 15 % des Kinois, mais moins de 3 % des Kinois, avaient un emploi de type formel ou « moderne », un peu moins de 30 % des Kinois, et autant de Kinois, avaient un emploi de type informel, et 15 % des Kinois, contre 5 % des Kinois, étaient au chômage. Par ailleurs, l'inactivité était très élevée et touchait 30 % des hommes et 60 % des femmes, soit le double. Enfin 14 % des Kinois contre 7 % des Kinois, poursuivaient des études ou une formation.

Ces données montrent qu'en milieu rural, la difficile insertion des jeunes, hommes et femmes, sur le marché du travail, se manifeste essentiellement vers leur 30<sup>e</sup> anniversaire, par l'obligation dans laquelle ils ou elles se trouvent, d'accepter ou d'occuper un emploi peu ou mal rémunéré, essentiellement dans le secteur agricole. À Kinshasa, en revanche, où les possibilités d'obtenir un emploi dans le secteur formel sont plus importantes, les difficultés d'insertion des jeunes Kinois sur le marché du travail vers leurs 30 ans, se manifestent à la fois par l'obligation d'accepter ou d'occuper un emploi dans le secteur informel, ainsi que par l'inactivité subie, mais aussi par un chômage d'attente de l'emploi désiré. L'insertion des Kinois est plus problématique, et se manifeste surtout par une inactivité subie massive, ainsi que par l'obligation d'accepter ou d'occuper un emploi dans le secteur informel.

L'un des documents de base de l'étude « résilience » (le volume 1) citée plus haut, note que « la croissance de la population met davantage de pression sur les ressources et les infrastructures de base ». Les auteurs ajoutent que la « forte pression démographique conjuguée à une urbanisation accélérée, contribue de façon mathématique à une baisse des ressources disponibles », et que par conséquent, pour une croissance donnée du PNB, « une augmentation de la population réduit le PNB par tête ». Le résumé exécutif de la synthèse de cette étude précise que la RDC doit accorder une priorité à la réhabilitation et à la construction de nouvelles infrastructures, saisir les opportunités offertes par l'intégration régionale, et infléchir également les tendances démographiques actuelles concernant la croissance de la population et l'urbanisation.

En attendant l'accélération de la transition démographique, qui est, comme on l'a vu, à peine amorcée (voir 2.2), il convient de rappeler qu'il faut actuellement trouver ou créer près d'un million d'emplois par an, et 1,7 million en 2035, et que ces chiffres correspondent à un total de 7,4 millions d'emplois à trouver ou créer entre 2014 et 2020, et 21,6 millions entre 2021 et 2035.

Une étude récente sur l'emploi des jeunes en Afrique subsaharienne présente un certain nombre de pistes de réflexion et de recommandations à ce sujet<sup>53</sup>. Cette étude souligne tout d'abord que la contribution du secteur informel à l'emploi et à la survie des populations a longtemps été négligée, alors qu'environ 80 % des personnes qui travaillent relèvent du secteur informel. Les jeunes, y compris dans les zones rurales et semi-urbaines, cherchent cependant à saisir les opportunités d'accéder à de meilleurs emplois, y compris dans le secteur informel. Il est donc important d'aider ces jeunes à saisir ces opportunités, voire à en créer. La recherche et la création d'emplois pour les

<sup>53</sup> Deon Filmer, Louise Fox, Karen Brooks, Aparajita Goyal, Taye Mengistae, Patrick Premand, Dena Ringold, Siddharth Sharma et Sergiy Zorya, *Youth employment in Sub-Saharan Africa*, vol. 2, Washington D.C., Groupe de la Banque mondiale, 2014, « Africa development forum series ». Rapport complet. Disponible en ligne : <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/01/19342178/youth-employment-sub-saharan-africa-vol-2-2-full-report>.

jeunes doit cependant faire partie d'une politique globale intégrant l'amélioration du capital humain, la gouvernance (afin d'améliorer l'environnement des affaires), et la recherche d'une productivité accrue dans l'agriculture, les entreprises familiales, et le secteur salarié moderne. Cette politique globale doit également être plus inclusive que par le passé, et chercher à réduire la dépendance des économies africaines vis-à-vis des industries extractives, en favorisant d'autres secteurs à plus fort potentiel de créations d'emploi. Ce sont là autant de conditions qui doivent être remplies afin que tous les jeunes puissent entrevoir de meilleures perspectives d'avenir que leurs parents. Il convient enfin de mettre en place des mécanismes permettant aux jeunes de participer au processus politique, et de s'exprimer et d'influer sur la formulation des politiques et des décisions les concernant.

### 3.3 Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?

Le maintien d'une croissance économique forte et durable suppose la constitution d'un capital humain de qualité<sup>54</sup>. Mais, tant en matière d'éducation qu'en matière de santé, les défis à relever restent considérables.

Les données dont on dispose pour apprécier les performances du système éducatif en RDC sont rares et parcellaires. Pour le passé, la base de données de la Banque mondiale donne la valeur de certains indicateurs entre 1971 et 2012. Pour la période récente, sont disponibles les données rassemblées en 2010 dans la *Stratégie de Développement de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (2010/11–2015/16)*<sup>55</sup>, ainsi que les résultats de l'*Enquête nationale sur la situation des Enfants et Adolescents en Dehors de l'École (EADE-RDC)* réalisée en 2012<sup>56</sup>. Malheureusement ces données sont souvent différentes, voire contradictoires, soit parce qu'elles sont de qualité incertaine, soit parce qu'elles ont recours à des définitions différentes. C'est pourquoi les extrapolations des résultats d'enquête à l'ensemble de la population peuvent donner des résultats différents selon qu'elles utilisent comme population ou sous-populations de référence, les estimations des Nations Unies, ou celles, plus élevées, de l'INS, ou encore d'autres estimations. Ces limitations doivent être gardées à l'esprit dans les analyses qui suivent.

Trois faits particuliers au système éducatif de la RDC doivent tout d'abord être soulignés : a) le rôle des écoles de type confessionnel ; b) l'importance des frais scolaires supportés par les familles ; et c) la répartition des compétences entre le pouvoir central et les provinces.

Les écoles de type confessionnel, qui historiquement ont été les premières, sont aujourd'hui généralement sous convention avec l'État. Ces écoles dites *écoles conventionnées* gèrent environ 70 % des écoles publiques. Les frais scolaires supportés par les familles s'expliquent principalement par la modicité des revenus des enseignants. « La prime de motivation » (ou supplément au salaire) est un moyen de remédier à cette situation, et elle représente ainsi environ 70-80 % de la totalité des frais scolaires payés par les familles. Notons aussi qu'en 2009, un tiers des enseignants ne recevait pas de salaire de l'État. Toutefois, la *Constitution* de 2006 a consacré le caractère obligatoire et gratuit de l'enseignement primaire dans les établissements publics (notamment pour les quatre premières années du primaire). En 2012, cependant, la gratuité était encore loin d'être totalement effective. La constitution de 2006, qui a également instauré la décentralisation, a défini, concernant la gestion de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (EPSP), les matières étant de la compétence concurrente du pouvoir central et des provinces, ou de la compétence exclusive, soit du pouvoir central, soit des provinces. Cette répartition des compétences n'était toutefois pas encore clairement définie en 2010.

---

<sup>54</sup> Le capital humain peut être défini comme l'ensemble des connaissances et aptitudes que possèdent les individus et qui les rend potentiellement plus productifs. Il s'acquiert par l'éducation et l'expérience et suppose une bonne santé et résistance aux maladies de l'ensemble de la population. Le capital humain a également été défini comme le nombre d'années d'éducation pondéré par le niveau atteint. Ce nombre était en 2003 de 21 ans aux États-Unis, de 16 ans en Grande-Bretagne, et de 17 ans au Japon. Voir A. Maddison, *Growth and Interaction in the World Economy. The Roots of Modernity*, Washington, D.C., The AEI Press, 2005. Disponible en ligne : <http://www.gdpc.net/maddison/other books/Growth and Interaction in the World Economy.pdf>.

<sup>55</sup> République Démocratique du Congo, Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, *Stratégie de Développement de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (2010/11-2015/16)*, mars 2010. Disponible en ligne :

<http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Congo%20DR/CongoDRStrategie20102016.pdf>.

<sup>56</sup> Institut statistique de l'UNESCO, UKaid, et UNICEF, *Rapport de l'enquête nationale sur les enfants et adolescents en dehors de l'école*, février 2013. Disponible en ligne :

<http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/OOSCI%20Reports/drc-oosci-report-2013-fr.pdf>.

Dans le contexte difficile et troublé qu'a connu la RDC depuis l'indépendance, il n'est pas surprenant qu'en dépit des efforts consentis par les parents et les autres acteurs en matière d'éducation, une partie encore importante de la population, ne sache ni lire ni écrire à la fin des années 2000. Les estimations fournies par les enquêtes de 2001 et 2007 indiquent ainsi qu'environ un tiers (entre 61 et 67 %) seulement des Congolais de 15 ans et plus savaient lire et écrire. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, les taux d'alphabétisation n'étaient guère plus élevés puisqu'ils se situaient entre 66 % et 70 % (tableau 3.3.1 et figure 3.3.1).

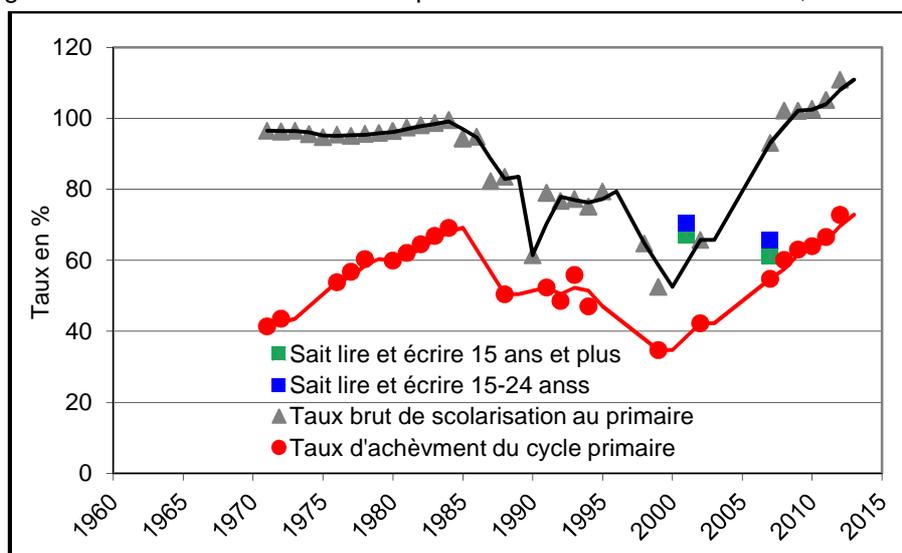
Tableau 3.3.1 : Éducation

Années	1970	1980	1990	2000	2005	2010
Population adulte sachant lire et écrire	-	-	-	67,2 (2001)	-	61,2 (2007)
Population de 15 à 24 ans sachant lire et écrire	-	-	-	70,4 (2001)	-	65,8 (2007)
Enseignement primaire						
- Taux brut de scolarisation	96,5 (1971)	96,4 (1980)	79,0 (1991)	52,5 (1999)	67,2 (2001)	110,9 (2012)
- Taux net de scolarisation (1)	69,3 (1971)	75,6 (1983)	61,0 (1991)	36,2 (1999)	61,0 (2007)	73,3 (2012)
- Taux d'achèvement du cycle	41,4 (1971)	59,9 (1980)	52,3 (1991)	34,7 (1999)	42,3 (2002)	72,8 (2012)
- Ratio élèves-enseignant	43 (1971)	42 (1984)	40 (1992)	26 (1999)	34 (2002)	35 (2012)
Enseignement secondaire						
- Taux brut de scolarisation	9,6 (1971)	24,8 (1980)	22,8 (1992)	-	36,2 (2007)	43,3 (2012)
- Taux net de scolarisation	-	-	16,5 (1992)	-	-	-
Enseignement supérieur						
- Taux brut de scolarisation	0,7 (1971)	1,1 (1980)	2,5 (1991)	1,5 (1999)	4,6 (2007)	8,2 (2012)
Dépenses publiques pour l'éducation						
- en % du PIB	-	2,3 (1980)	0,8 (1988)	-	-	2,5 (2010)

Note (1) : estimations de 2007 et 2012, données d'enquêtes : EDS 2007 et EADE 2012.

Source : Indicateurs du développement dans le monde. Disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Figure 3.3.1 : Évolution des taux d'alphabétisation et de scolarisation, 1960-2012



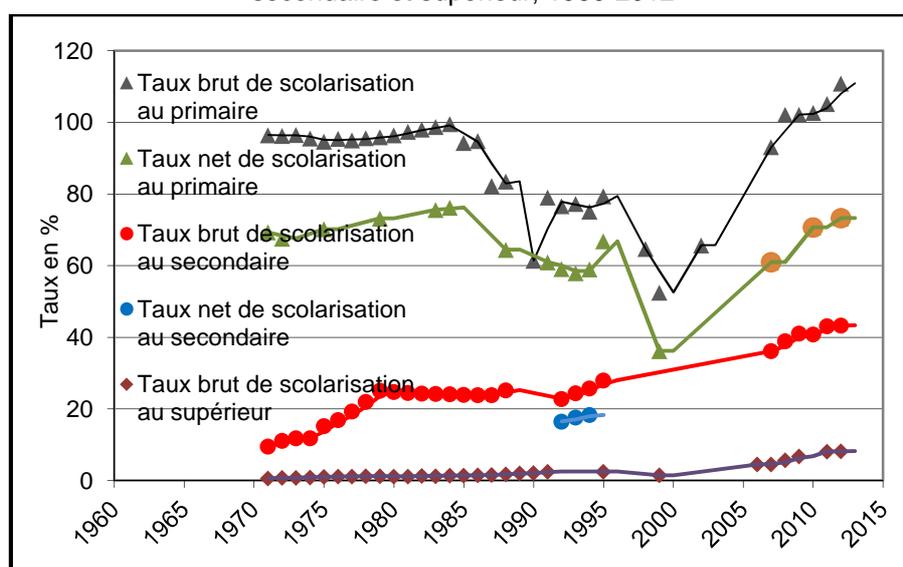
Source : Indicateurs du développement dans le monde. Disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Au début des années 1970, contrairement à beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, la RDC avait des taux bruts élevés de scolarisation dans le primaire, proches de 100 %. La détérioration de la situation économique, sociale et politique à partir du milieu des années 1980, puis les deux guerres du Congo (1996 et 1997-2002) ont entraîné une chute brutale de la scolarisation dans le primaire, les taux bruts tombant alors entre 60 et 80 %. Avec le retour de la paix en 2002, les enfants ont retrouvé le chemin de l'école, et en 2008, les taux bruts étaient à nouveau de 100 %, pour dépasser ensuite les 100 %, du fait des retards scolaires. En 2012, 12,0 millions d'enfants étaient ainsi scolarisés dans le primaire selon la Banque mondiale, et 15,2 millions selon l'EADE-RDC. Les retards scolaires ont toujours été importants en RDC, puisque dans les années 1970, les taux nets de scolarisation<sup>57</sup>, qui

<sup>57</sup> Le taux brut de scolarisation dans le primaire est le rapport entre l'ensemble des élèves scolarisés dans le primaire, quel que soit leur âge, et l'ensemble des enfants ayant l'âge normal requis, soit 6 à 11 ans en RDC. Il

ne tiennent pas compte des retards, étaient déjà d'environ 20 points de pourcentage inférieurs aux taux bruts (figure 3.3.2). Ces retards, qui sont la conséquence d'entrées tardives à l'école ainsi que de l'importance des redoublements, se sont peut-être aggravés ces dernières années. Le taux net de scolarisation dans le primaire selon l'EADE était en effet de 73,3 %, soit nettement inférieur au taux brut de 111 % donné par la Banque mondiale en 2012. Ainsi, selon l'EADE, plus d'un tiers des enfants scolarisés dans le primaire, soit 5,6 millions d'enfants, avaient entre 1 et 3 ans et plus de retard par rapport à l'âge normal de 6 à 11 ans. Ainsi, parmi les 13,1 millions d'enfants âgés de 6 à 11 ans, 9,6 millions étaient à l'école, mais 3 millions n'étaient jamais allés à l'école, et 550 000 étaient déscolarisés. Dans ces deux dernières catégories, nombreux étaient les enfants, notamment en milieu rural, qui avaient une activité économique et pouvaient donc être considérés comme des enfants au travail, tandis que chez les autres, la combinaison de la fréquentation de l'école et de l'exercice d'une activité n'était pas rare. La RDC n'avait donc pas encore atteint, en 2012, l'objectif d'un taux net de scolarisation dans le primaire égal à 100 % tel que défini dans l'objectif du Millénaire n° 2 (Cible 2A, indicateur 2.1)<sup>58</sup>.

Figure 3.3.2 : Évolution des taux bruts et des taux nets de scolarisation dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur, 1960-2012



Note (1) : les taux nets de scolarisation dans le primaire pour 2007, 2010 et 2012 sont ceux donnés par les enquêtes EDS 2007, MICS 2010 et EADE 2012.

Source : Indicateurs du développement dans le monde. Disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Les causes de la déscolarisation et de la non-scolarisation dans le primaire d'un nombre aussi important d'enfants congolais, relèvent à la fois du fonctionnement de l'école, c'est-à-dire de l'offre scolaire en quantité et en qualité, et des conditions de vie des parents. Les classes sont tout d'abord souvent surchargées et loin du domicile des enfants, surtout en zone rurale. Le ratio élèves/enseignant dans le primaire est élevé, ce qui affecte négativement la qualité de l'enseignement. Ce ratio s'est maintenu jusqu'à tout récemment autour de 40 élèves par maître (il était de 35 en 2012) contre 15 à 30 élèves dans la plupart des pays émergents. De plus, les écoles sont dispersées et souvent loin du domicile des enfants. On estimait ainsi, en 2012, que la distance à l'école la plus proche pour un enfant de 6 à 11 ans était dans un cas sur deux (52 %) supérieure à 5 km, et dans un cas sur trois entre 2 et moins de 5 km. La dotation en manuels scolaires par élève était également notoirement insuffisante. Selon les estimations de l'EADE, toujours en 2012, moins de 1 % des élèves du primaire avaient tous les manuels scolaires requis, environ 20 % n'en avaient qu'une partie, et près de 80 % n'en avaient aucun. La rémunération des enseignants, très faible

inclut donc les élèves « en retard », c'est-à-dire ayant dépassé l'âge normal. Le taux net de scolarisation est le rapport entre les élèves ayant de 6 à 11 ans et l'ensemble des enfants scolarisables du même âge. Il n'inclut donc pas les élèves « en retard ».

<sup>58</sup> Groupe de la Banque Africaine de développement, « Annexe 1 : Liste officielle des indicateurs associés aux OMD », p. 150-154, Groupe de la Banque Africaine de développement, Commission économique pour l'Afrique, Union Africaine, Programme des Nations Unies pour le développement, *Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport OMD 2011*, 2011, 172 p. Disponible en ligne : <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Annexe%20Fr%20MDG2011.pdf>.

(moins de 50 dollars américains par mois début 2010 en province, et moins de 60 dollars américains à Kinshasa), leur donnait le sentiment de la dévalorisation de leur fonction, et était source de démotivation, se traduisant par des absences fréquentes, voire par des abandons de la fonction. Il faut ajouter à ces facteurs le faible niveau d'instruction de la majorité des parents, qui doutaient d'autant plus de l'utilité d'envoyer leurs enfants à l'école, que leurs faibles moyens ne leur permettaient pas de payer les frais scolaires toujours exigés en 2012 dans la plupart des écoles. L'*EADE* indique à ce sujet qu'en 2012, plus de la moitié des ménages congolais (56,9 %) avait un revenu mensuel inférieur à 50 dollars américains par mois, et qu'un quart des ménages avait un revenu mensuel compris entre 50 et 100 dollars américains.

L'*EADE* relève finalement que l'exclusion des enfants de l'école, notamment du primaire, est liée pour les deux tiers d'entre eux au faible revenu des familles, aux longues distances pour se rendre à l'école (en milieu rural) et au manque d'instruction du chef de ménage. De fait, la raison la plus citée pour justifier la non-scolarisation des enfants est d'abord la barrière financière, puis la distance ou l'absence d'école proche. Ces facteurs jouent évidemment un rôle plus ou moins important selon le milieu de résidence et les provinces, mais ils sont partout présents, y compris à Kinshasa, qui tant au niveau de l'offre scolaire qu'au niveau des revenus des ménages, bénéficie des conditions les moins défavorables.

Un constat un peu différent peut être dressé pour le secondaire et le supérieur. Tout d'abord le taux brut de scolarisation dans le secondaire a été multiplié par 4,5 entre 1971 et 2012. Les données de la Banque mondiale indiquent en effet qu'il serait passé de 10 % en 1971 à 43 % en 2012 (figure 3.3.2). Étant donné que la population de 12 à 17 ans a été multipliée par 3,6 entre ces deux dates, cela signifie que le nombre d'élèves dans le secondaire aurait été multiplié par 16 entre 1971 et 2012, et au moins par 20 depuis l'indépendance. Contrairement à ce qui a été observé pour le primaire, la progression de la scolarisation dans le secondaire n'a été que marginalement affectée entre le milieu des années 1980 et le début des années 2000. Ainsi, en 2012, le nombre d'élèves scolarisés dans le secondaire serait de 3,9 millions selon la Banque mondiale. On notera que la *Stratégie de Développement de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (2010/11–2015/16)*, avait projeté 4,1 millions d'enfants scolarisés dans le secondaire pour l'année scolaire 2011-2012 (2 millions dans le 1<sup>er</sup> cycle, où l'âge normal est de 12-13 ans, et 2,1 millions dans le 2<sup>nd</sup> cycle où l'âge normal est de 14-17 ans), et 4,4 millions pour l'année scolaire 2012-2013 (2,3 millions dans le 1<sup>er</sup> cycle et 2,4 millions dans le 2<sup>nd</sup> cycle). L'*EADE* donne, de son côté, 2,2 millions d'enfants scolarisés dans le 1<sup>er</sup> cycle en 2012<sup>59</sup>.

Le taux brut de 43 % de scolarisation dans le secondaire donné pour 2012 place la RDC à la 17<sup>e</sup> place parmi les 32 pays pour lesquels des données sont disponibles. Il s'agit d'un résultat honorable, bien qu'il reste inférieur aux taux des pays émergents, qui sont de l'ordre de 60 % à plus de 90 %. Le taux de 73 % d'achèvement du cycle primaire donné pour 2012, signifie que trois enfants sur quatre d'une cohorte atteignent la dernière classe du primaire. Parmi ceux-ci, selon les données les plus récentes (2007 et 2011), 70 % à 80 % entrent dans le secondaire, même si la plupart d'entre eux, héritant des retards accumulés dans le primaire, sont de 1 à 3 ans et plus, plus âgés que l'âge normal. Nombre des difficultés évoquées pour le primaire, notamment la distance à l'école secondaire la plus proche et la lourdeur des frais scolaires par rapport aux revenus des parents, se retrouvent au niveau secondaire. Cependant le ratio élèves/enseignant dans le secondaire paraît acceptable, et s'est amélioré récemment, passant de 20 dans les années 1980 et 1990, à 15 ces dernières années. Ce ratio est comparable à ceux observés dans les pays émergents, où ils se situent généralement entre 15 et 25 élèves par enseignant.

La progression des taux bruts de scolarisation dans l'enseignement supérieur a également été vive depuis 1971, et s'est accélérée ces dernières années. Les données disponibles indiquent en effet que ces taux sont passés de 0,7 % en 1971 à 2,5 % en 1991, puis de 4,7 % en 2007 à 8,2 % en 2012. Ils auraient donc doublé au cours des dernières années connues. Si l'on applique ces taux à la population des 18-23 ans, qui correspond aux 6 années d'études en moyenne dans le supérieur, le nombre d'étudiants serait passé d'environ 15 000 en 1971 à 300 000 en 2007, et à 600 000 en 2012. Il aurait donc été multiplié par 20 entre 1971 et 2007, et par 40 entre 1971 et 2012. Il faut dire que l'offre d'enseignement supérieur est importante en RDC. Le pays doit compter en effet environ une

---

<sup>59</sup> L'analyse des pourcentages ainsi que des effectifs des enfants non scolarisés de 12 à 17 ans, qui sont estimés à 1,7 million dans le tableau 11 p. 35 du *Rapport de l'enquête nationale sur les enfants et adolescents* en RDC en 2012, suggère, par différence avec les effectifs de cette classe d'âge, des effectifs d'enfants scolarisés beaucoup plus importants, et, en conséquence, des taux de scolarisation dans le secondaire beaucoup plus élevés que ceux donnés par la Banque mondiale.

cinquante d'universités, dont un fort pourcentage relève de groupes religieux, et au moins une centaine d'instituts, écoles supérieures, et centre d'études et de recherche, répartis sur l'ensemble du territoire. Le taux brut de 8,2 % de scolarisation dans le supérieur donné pour 2012, place de nouveau la RDC à la 17<sup>e</sup> place parmi les 45 pays pour lesquels des données sont disponibles. Il s'agit là encore d'un résultat honorable, bien qu'il reste inférieur aux taux des pays émergents, qui sont de l'ordre de 15 % à 30 % et plus, comme à Maurice, où le taux brut de scolarisation dans le supérieur, le plus élevé enregistré dans la région, atteint 40 %. Cependant, s'il faut se féliciter de ce taux de scolarisation dans le supérieur, il conviendrait aussi de pouvoir se faire une idée de la qualité des enseignements dispensés, ainsi que des difficultés éventuelles à trouver un emploi rencontrées par les jeunes diplômés de ces nombreuses institutions d'enseignement supérieur.

Pour être complet, il convient de mentionner l'enseignement pré-primaire, l'enseignement professionnel, et l'éducation non-formelle. Le développement d'écoles maternelles est récent en RDC, et le taux de scolarisation dans le pré-primaire, qui était estimé à 4,3 % des enfants de 3 à 5 ans en 2012, ce qui correspond à près de 300 000 enfants, est en augmentation. Il est à noter que la plupart des écoles maternelles se trouvent en milieu urbain, notamment à Kinshasa. Quant au développement de l'enseignement technique et professionnel, il est encore insuffisant malgré les besoins. Cet enseignement est en fait perçu comme recueillant les élèves ayant échoué dans la filière générale, et comme la filière professionnelle ne mène généralement pas à l'université, elle n'attire pas la fraction de la population pour laquelle l'obtention de diplômes est perçue comme un instrument de promotion. Enfin, l'éducation non formelle, qui comprend le rattrapage scolaire, l'alphabétisation des jeunes et des adultes, l'apprentissage professionnel, et l'éducation permanente des adultes, est gérée par le Ministère des Affaires Sociales (MAS).

Globalement, l'offre scolaire a donc augmenté de manière importante ces dernières années, et ce à tous les niveaux. La construction d'écoles, notamment aux niveaux primaire et secondaire, n'a cependant pas progressé au même rythme que la population scolarisable, notamment en milieu rural. Une dégradation de la qualité des infrastructures peut également être notée, du moins dans certaines parties du pays. Concernant les enseignants, il a été estimé qu'un tiers d'entre eux dans le primaire, et deux tiers dans le secondaire, n'avaient pas les qualifications requises pour enseigner, et que le recyclage était rare voire inexistant. Le corps enseignant reste par ailleurs massivement masculin. Au niveau du primaire, en effet, seul un quart des enseignants sont des femmes, au niveau du secondaire, elles sont un peu plus de 10 %, et au niveau du supérieur, elles ne sont que 5 %. Cette prépondérance des hommes et de leur « pouvoir » au sein du système éducatif, est susceptible de constituer un obstacle à un changement des normes et valeurs concernant la place des femmes dans la société ainsi que la promotion de l'égalité des genres. Certes, les campagnes de sensibilisation visant à accroître la scolarisation des filles commencent à porter leurs fruits, mais la parité n'est pas encore atteinte. Ainsi, au niveau du primaire, les filles, qui représentaient 38 % des élèves au début des années 1970, en représentaient 47 % en 2012, tandis que dans le secondaire, elles représentaient 25 % des élèves au début des années 1970, et 37 % en 2012.

Malgré la récupération rapide du système éducatif congolais après la fin de la guerre en 2002 et les progrès remarquables accomplis depuis, ce dernier connaît donc toujours divers dysfonctionnements. La progression nécessaire de la scolarisation à tous les niveaux en RDC reste en effet associée à divers problèmes, tels que l'importance des retards scolaires, l'insuffisance des écoles par rapport à des besoins qui croissent rapidement, le manque de moyens matériels et didactiques, la démotivation des enseignants, et la lourdeur des frais scolaires supportés par les familles, malgré la gratuité de la scolarité adoptée en 2006 pour les premières années du primaire. Par ailleurs, la forte mobilisation ces dernières années en faveur de l'éducation en RDC et en Afrique subsaharienne, s'est souvent faite au détriment de la qualité de l'enseignement, qui s'est détériorée, les systèmes scolaires n'arrivant plus à gérer les flux massifs d'élèves à tous les niveaux. Les infrastructures, le nombre d'enseignants, leur formation, n'arrivent plus à suivre. Ces facteurs affectent la qualité des enseignements ainsi que la réussite scolaire des enfants. Pourtant, en dépit de ces difficultés, une majorité de parents congolais semble continuer à penser que le fait d'assurer une meilleure éducation à leurs enfants leur donnera accès à un avenir meilleur, ce qui n'est évidemment pas garanti.

Les dysfonctionnements du système éducatif congolais sont en grande partie la conséquence d'un financement insuffisant. Traditionnellement, les dépenses publiques consacrées à l'éducation représentent un pourcentage relativement faible du PIB ainsi que de l'ensemble des dépenses publiques. Selon la Banque mondiale, les dépenses publiques consacrées à l'éducation représentaient 2,5 % du PIB en 2010, ce qui classait la RDC au 37<sup>e</sup> rang parmi les 43 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données sont disponibles. De même, avec 8,9 % de ses dépenses publiques consacrées à l'éducation en 2010, la RDC se classait au 38<sup>e</sup> rang parmi les 42 pays

d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données sont disponibles. Il est à noter que plus de la moitié des pays (23 pays) consacraient entre 15 % et 28 % de leurs dépenses publiques à l'éducation. En 2008, les dépenses consacrées à l'éducation primaire, secondaire et professionnelle, étaient ainsi financées à 48 % par l'État, 37 % par les ménages, et 15 % par les partenaires techniques et financiers.

Conscients de l'ampleur des besoins, les auteurs de la *Stratégie de Développement de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (EPSP)* de mars 2010, prévoyaient un accroissement moyen des dépenses de 19 % par an, soit près de trois fois le taux de croissance économique de 7 % par an escompté pour les prochaines années. Les auteurs de la *Stratégie* reconnaissaient qu'un tel accroissement supposait une augmentation significative des dépenses publiques allouées à l'EPSP, notamment pour généraliser la gratuité de l'enseignement primaire. Ils tablaient ainsi sur une augmentation des dépenses publiques consacrées à l'EPSP de 8,8 % en 2010 à 13 % en 2015, et sur une augmentation de la part de ces dépenses dans le PIB de 2,3 % en 2010 à 3,6 % en 2015.

Dans les 20 ans qui viennent, les dépenses qu'il faudra consacrer à l'éducation secondaire et supérieure constitueront un facteur supplémentaire d'augmentation. En 2010 les dépenses de l'État en faveur de l'éducation se répartissaient en 74 % pour l'EPSP, 22 % pour l'enseignement supérieur, et 4 % pour la recherche scientifique. Mais le coût moyen par élève était estimé en 2010 à 27 dollars américains dans le primaire, mais deux fois plus dans le secondaire et dans le supérieur, où ces coûts étaient respectivement de 48 et 53 dollars américains par élève. Or, dans les 20 ans qui viennent, l'augmentation des taux de scolarisation concernera surtout le secondaire et le supérieur. Il faut donc s'attendre à une augmentation importante des besoins de financement à ces deux niveaux, d'autant plus que les effectifs des enfants scolarisables augmenteront également rapidement. Les 13-17 ans devraient en effet passer de 9,7 millions en 2014, à 15,6 ou 17,4 millions en 2035, selon que c'est l'hypothèse démographique basse ou l'hypothèse démographique haute qui est prise en compte. Les 18-23 ans, quant à eux, devraient passer de 8 millions en 2014, à 14,4 ou 14,7 millions en 2035, selon que c'est l'hypothèse démographique basse ou l'hypothèse démographique haute qui est prise en compte. Il ne faut pas non plus oublier que les effectifs des 6-11 ans, dont le taux net de scolarisation en 2012 n'était que de 73 %, devraient également augmenter et passer de 11,8 millions en 2014 à 16,2 ou 20,3 millions en 2025 selon que c'est l'hypothèse démographique basse ou l'hypothèse démographique haute qui est prise en compte.

Les « investissements démographiques » nécessaires en matière d'éducation pour améliorer le capital humain du pays et faire face à la fois à l'augmentation des effectifs, et à l'amélioration des taux de scolarisation dans le secondaire et dans le supérieur, seront donc considérables. Il faut ajouter à ces coûts, ceux liés à la résorption des retards scolaires dans le primaire (c'est-à-dire à l'augmentation du taux net de scolarisation), ainsi que les dépenses nécessaires pour améliorer la qualité de l'enseignement à tous les niveaux. L'ensemble de ces dépenses sera beaucoup plus important que par le passé, et la question se pose de la répartition de leur prise en charge entre le Gouvernement, les parents et les partenaires au développement. Une chose est certaine, c'est qu'il sera plus facile de faire face à ces dépenses avec un nombre de naissances, et donc d'enfants de 6-11 ans, stabilisé, comme dans le cas de l'hypothèse démographique basse, voire moyenne, qu'avec un nombre de naissances qui continue de progresser de 3 % par an entre 2020 et 2029, comme dans le cas de l'hypothèse démographique haute.

### **3.4 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?**

Un état de santé satisfaisant pour l'ensemble de la population, en particulier la population active, mais aussi les mères et les enfants, est un facteur favorable à leur productivité et à leur contribution à l'économie ainsi qu'à la réussite scolaire des enfants. Des taux de mortalité et de morbidité peu élevés constituent donc un élément essentiel de la qualité du capital humain du pays.

Comme pour l'éducation, les données disponibles pour apprécier les performances du système de santé en RDC sont rares et parcellaires. Pour le passé, les bases de données de la Banque mondiale et des Nations Unies donnent la valeur de certains indicateurs au cours de la période 1960-2012. Pour la période récente, sont disponibles les données des enquêtes *MICS 1995, 2001 et 2010*, et de l'*EDS 2007*. Nombre de structures sanitaires sont, comme dans le cas de l'éducation, de type confessionnel et gérées en partenariat avec l'État. De même, les salaires des personnels de santé sont peu élevés, et généralement complétés par des « primes de motivation ».

Globalement, les progrès pour réduire la mortalité en RDC depuis 1960 ont été lents et perturbés par les troubles intérieurs et les guerres qui ont affecté le pays, la dégradation du système de santé, et l'impact sur la mortalité imputable au VIH/sida. Tel qu'indiqué précédemment, la Division de la population des Nations Unies estime que l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes serait passée de 41 ans en 1960 à 49 ans en 2010, après une période de ralentissement puis de recul de sa progression du milieu des années 1970 jusque dans les années 1990, et de reprise dans les années 2000 (voir 1.2.1, et figure 1.2.1). Des progrès notables en matière de couverture sanitaire, de suivi des grossesses et des enfants doivent cependant être soulignés.

Selon les données de la Banque mondiale, la RDC devait compter, au moment de l'indépendance en 1960, un médecin pour 69 000 habitants, c'est-à-dire quelque 220 médecins. Le nombre de médecins a ensuite augmenté de manière relativement régulière, et il était estimé que la RDC comptait un médecin pour 9300 habitants en 2004, c'est-à-dire quelque 6000 médecins, soit 25 fois plus qu'en 1960 (tableau 3.4.1). La population ayant été multipliée par près de 4 entre ces deux dates, le nombre d'habitants par médecin (9300) reste cependant élevé, et au moins 3 fois plus élevé que dans les pays émergents où l'on compte un médecin pour 2000 à 3000 habitants. La RDC comptait aussi un infirmier et une sage-femme pour 2000 habitants environ en 2004, c'est-à-dire quelque 100 000 infirmiers et sages-femmes. Dans les pays émergents, le ratio infirmier et sage-femme par habitant est de 500 à 1500 habitants. Par ailleurs, la RDC comptait un lit d'hôpital pour 1300 habitants en 2006, soit un ratio un peu plus élevé que ceux observés dans les pays émergents, où ces ratios sont d'un lit pour 500 à 1000 habitants. Ces indicateurs sont évidemment variables selon le milieu de résidence et les provinces. Ils révèlent cependant, l'importance des efforts qui restent à accomplir pour arriver à une meilleure couverture de la population.

Tableau 3.4.1 : Santé

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010
Nombre d'habitants par médecin, en milliers	68,8	28,3	13,7 (1979)	15,1	14,5 (1996)	9,3 (2004)	
Population approvisionnée en eau, %	-	-	-				
- en milieu urbain	-	-	-	88	85		79 (2012)
- en milieu rural	-	-	-	26	27		29 (2012)
Accès à un système d'assainissement							
- en milieu urbain %	-	-	-	32	31		29 (2012)
- en milieu rural %	-	-	-	11	19		33 (2012)
Mères ayant reçu des soins prénatals							
- au moins une fois					68 (2001)	85 (2007)	89 (2010)
- au moins 4 fois					-	47 (2007)	44 (2010)
Naissances assistées par personnel de santé (%)					61 (2001)	74 (2007)	80 (2012)
Taux de mortalité infantile pour 1 000	154	138	127	120	125	118	108 (2013)
Taux de mortalité avant 5 ans pour 1 000	261	234	214	201	211	198	179 (2013)
Enfants vaccinés (%) contre							
- la diphtérie, le tétanos et la coqueluche			18 (1981)	35	40	60	72 (2012)
- la rougeole			23 (1981)	38	46	61	73 (2012)
- la tuberculose						72 (2007)	85 (2010)
- la poliomyélite						46 (2007)	59 (2010)
Enfants de faible poids par rapport à leur âge (%)				51 (1995)	44 (2001)	46 (2007)	44 (2010)
Enfants de petite taille par rapport à l'âge (%)				31 (1995)	34 (2001)	28 (2007)	24 (2010)

Sources : *Indicateurs du développement dans le monde*. Disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> ; MICS 1995, 2001, 2010, et EDS 2007.

Malgré les progrès réalisés, la RDC est encore loin d'avoir réalisé sa transition épidémiologique c'est-à-dire l'élimination de la plupart des décès évitables. Ces décès sont la conséquence de maladies infectieuses, d'un suivi prénatal insuffisant, d'une mauvaise prise en charge des accouchements, et de la malnutrition. Ils sont toujours très nombreux, et en 2012, ils représentaient 67 % du total des décès

contre 10 % pour les décès dus à des causes accidentelles (accidents de la route, noyades, chutes, suicides etc.), et 23 % pour les maladies non transmissibles (accidents cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux AVC, diabète, cancers). La part des décès imputables aux maladies non transmissibles aurait augmenté, puisqu'elle était estimée à 18 % en 2000, et à 23 % en 2012. Cette augmentation, qui est la conséquence de l'allongement de la durée de vie, signifie que le système de santé en RDC doit maintenant accorder une plus grande priorité à la prévention et au traitement (coûteux) de ces maladies, tout en continuant à lutter contre les maladies prioritaires transmissibles. Il est à noter que dans les pays émergents, les décès imputables aux maladies infectieuses, à un suivi prénatal insuffisant, à une mauvaise prise en charge des accouchements, et à la malnutrition, sont aujourd'hui généralement inférieurs à 20 % du total des décès, et ils ne sont que de 8 % à Maurice et en Corée du Sud.

Le *Rapport 2013* de la FAO sur l'insécurité alimentaire dans le monde<sup>60</sup>, ne donne pas d'estimations du pourcentage de personnes souffrant de malnutrition chronique en RDC. Les données disponibles indiquent cependant qu'en 2005, 71 % des enfants de moins de 5 ans et 67 % des femmes enceintes, étaient anémiés. Compte tenu de l'importance de ces deux sous-populations, il n'est pas certain que l'on puisse considérer que la sécurité alimentaire et nutritionnelle des Congolais soit actuellement assurée<sup>61</sup>.

Dans le domaine de l'hygiène, l'accès des populations à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité ne s'est pas amélioré entre 1990 et 2012, date à laquelle moins d'un Congolais sur deux (46 %) bénéficiait d'un tel accès. Le pourcentage de personnes ayant accès à une eau de meilleure qualité est assez élevé en milieu urbain, mais il aurait régressé de 88 % à 79 % entre 1990 et 2012. La progression de l'accès à une eau de qualité acceptable a donc été insuffisante par rapport à l'augmentation rapide de la population des villes. En milieu rural par contre, l'accès des populations à une source d'approvisionnement en eau de qualité acceptable aurait légèrement augmenté et serait passé de 26 % en 1990, à 29 % en 2012. Par ailleurs l'accès à de meilleurs systèmes d'assainissement reste médiocre, puisqu'en 2012, seul un Congolais sur trois (31 %) bénéficiait d'un tel accès, qui aurait pourtant été multiplié par 3 en milieu rural, passant de 11 % en 1990 à 33 % en 2012, soit un niveau équivalent à celui en milieu urbain. Mais comme pour l'eau, l'accès à de meilleurs systèmes d'assainissement aurait régressé en milieu urbain et serait passé de 32 % à 29 %.

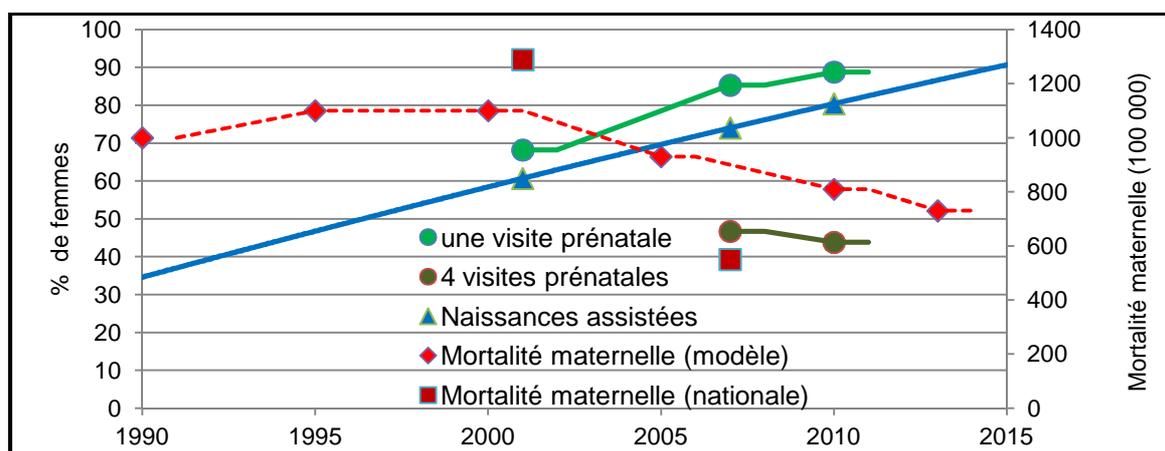
Concernant la santé reproductive, le suivi des grossesses et la prise en charge des accouchements atteignent des niveaux élevés. Pourtant, les taux de mortalité des enfants de moins d'un an et de moins de 5 ans, de même que le taux de mortalité maternelle, sont toujours élevés, ce qui soulève, entre autres, la question de la qualité des services de santé.

Le pourcentage de mères ayant eu au moins une visite prénatale est relativement élevé. Il était de 68 % en 2001 (donc pendant la guerre), mais atteignait 89 % en 2010 (tableau 3.4.1 et figure 3.4.1). Cependant, en 2007 comme en 2010, moins d'une femme sur deux (47 % et 44 %) avait eu les quatre visites prénatales recommandées. Le pourcentage d'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié - médecin, infirmier, sage-femme ou sage-femme auxiliaire - est également relativement élevé, et il atteignait 80 % en 2010. Mais, toujours en 2010, près d'une femme sur quatre (23 %) avait accouché à domicile, 26 % dans une structure privée, et une femme sur deux dans une structure de santé publique. Il faut cependant souligner la diversité des structures de santé publique, qui sont de taille variable et ne disposent pas toujours du personnel et des moyens leur permettant une prise en charge adéquate des accouchements à risques, qui comme on le verra, sont nombreux.

Figure 3.4.1 : Pourcentage de femmes enceintes ayant eu des soins prénatals et ayant été assistées à leur accouchement par du personnel qualifié, et estimations de la mortalité maternelle, 1990-2012

<sup>60</sup> FAO, L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde - Les multiples dimensions de la sécurité alimentaire, 2013, 63 p. Disponible en ligne : <http://www.fao.org/docrep/019/i3434f/i3434f.pdf>.

<sup>61</sup> Selon la définition adoptée lors du Sommet mondial de l'alimentation organisé par la FAO en 1996 : « La sécurité alimentaire est assurée quand toutes les personnes, en tout temps, ont économiquement, socialement et physiquement accès à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui satisfait leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine ». Voir en ligne : [ftp://ftp.fao.org/es/esa/policybriefs/pb\\_02\\_fr.pdf](ftp://ftp.fao.org/es/esa/policybriefs/pb_02_fr.pdf). La notion de sécurité alimentaire dépasse la notion d'autosuffisance alimentaire. Elle comporte quatre dimensions : la disponibilité des aliments (qui dépend de la production intérieure, des capacités d'importations et de stockage et de l'aide alimentaire) ; l'accès aux aliments (qui dépend du pouvoir d'achat des populations et des infrastructures du pays) ; la stabilité dans la disponibilité et l'accès (qui dépend des infrastructures, mais aussi des conditions climatiques et politiques du pays) ; et les conditions de salubrité d'utilisation des aliments (qui dépend de l'hygiène et de l'accès à l'eau, et du respect d'une diète adéquate qui permette de satisfaire les besoins physiologiques des personnes sans risque pour leur santé).



Sources : mêmes sources que pour le tableau 3.4.1.

C'est dans ce contexte qu'il convient de replacer l'évolution des taux de mortalité maternelle, toujours élevés, donnés pour la RDC, malgré la fragilité des données. C'est que les estimations « par modèle » données entre 1990 et 2013 sont calculées à partir de modèles de régression<sup>62</sup>. Ensuite, l'estimation faite à partir des données de l'enquête *MICS 2001* est une estimation indirecte, alors que celle donnée par l'*EDS 2007* est une estimation directe, faite à partir des 93 décès maternels estimés pour la période 2002-2007<sup>63</sup>. Compte tenu du faible nombre d'observations, cette estimation est évidemment sujette à un intervalle de confiance important.

Compte tenu de ces réserves, il est difficile de dire que la mortalité maternelle a sensiblement diminué récemment. Il est à souligner cependant que le taux de 730 décès maternels pour 100 000 naissances estimé par modèle pour la RDC en 2013, est l'un des plus élevés au monde, et qu'il est 10 à 30 fois plus élevé que ceux estimés pour les pays émergents.

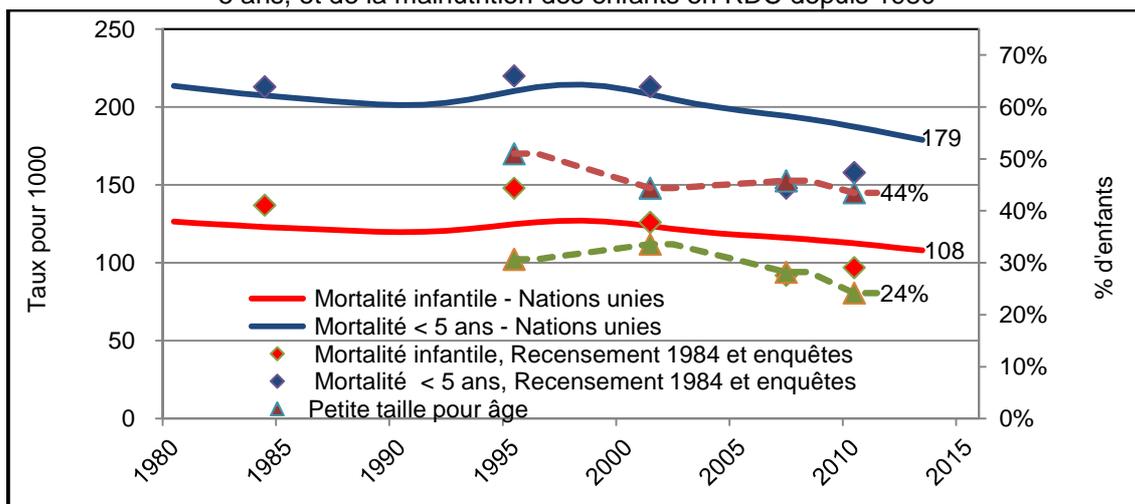
Concernant l'évolution de la mortalité des enfants depuis 1980, la Division de la population des Nations Unies estime que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et le taux de mortalité infantile ont recommencé à diminuer, après avoir augmenté dans les années 1990 (figure 3.4.1). Les taux estimés en 2013, de 179 pour 1000 enfants nés vivants, pour la mortalité des enfants de moins de 5 ans, et de 108 pour 1000 pour la mortalité infantile, restent cependant élevés. Ils sont certes supérieurs aux taux estimés à partir des données de l'enquête *MICS 2010*, mais quelles que soient les estimations retenues, ces données classent la RDC parmi les pays ayant les taux de mortalité des enfants les plus élevés au monde. Elles signifient qu'environ un enfant congolais sur 10 meurt avant un an, et qu'au moins un enfant sur 6 meurt avant 5 ans, ce qui explique en grande partie la faiblesse actuelle de l'espérance de vie à la naissance dans le pays<sup>64</sup>.

<sup>62</sup> Le taux de mortalité maternelle correspond au nombre de femmes qui meurent de causes liées à la grossesse pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, pour 100 000 naissances vivantes. Les niveaux de mortalité maternelle dits « par modèle » sont estimés pour divers pays du monde grâce à un modèle de régression utilisant les informations concernant la proportion des décès maternels parmi les décès non liés au SIDA chez les femmes âgées de 15-49 ans, la fécondité, les sages-femmes et le PIB. Voir en ligne : <http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators#>.

<sup>63</sup> Voir p. 203-204 de République Démocratique du Congo, Ministère du Plan avec la collaboration du Ministère de la Santé, *République Démocratique du Congo, Enquête démographique et de santé, 2007*, août 2008, 499 p. Disponible en ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

<sup>64</sup> L'espérance de vie à la naissance est la moyenne des années vécues par une cohorte fictive soumise aux conditions de mortalité d'une année ou d'une période donnée. Ainsi, plus la mortalité aux jeunes âges est élevée, plus l'espérance de vie à la naissance est basse, et inversement.

Figure 3.4.2 : Évolution des taux de mortalité infantile, des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, et de la malnutrition des enfants en RDC depuis 1980



Sources : *Indicateurs du développement dans le monde*, disponible en ligne : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> ; Recensement de 1984 ; *MICS 1995, 2001 et 2010* ; et *EDS 2007*.

Ces niveaux élevés de mortalité chez les enfants, et l'importance numérique de ces derniers (les moins de 5 ans représentent 18 % de la population totale en 2014), expliquent l'importance démesurée des décès d'enfants par rapport au total des décès. C'est ainsi que selon les projections que nous avons réalisées (voir 2.3), les décès d'enfants de moins 5 ans en 2014 (520 000 décès) représentent la moitié (48 %) du total des décès (de 1,1 million) estimés pour l'année. Dans des pays comme la Corée du Sud et la Tunisie, qui ont achevé leur transition démographique en 40-50 ans (avec à la fois des baisses de leurs niveaux de mortalité et des baisses de leurs niveaux de fécondité), les décès d'enfants de moins de 5 ans ne représentent plus que 1 à 3 % du total des décès, et les décès des personnes de 60 ans et plus, 80 à 90 %.

Pourtant, la couverture vaccinale des enfants a progressé (tableau 3.4.1). Le pourcentage d'enfants ayant reçu les trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (le DTC) est passé de 18 % en 1981 à 72 % en 2012. De même, le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole a été multiplié par 3, passant de 23 % en 1981 à 73 % en 2012. Par ailleurs, en 2010, 85 % des enfants étaient vaccinés contre la tuberculose (BCG) et 59 % contre la poliomyélite. Ces résultats sont appréciables, mais la couverture n'est pas encore complète. Ainsi, en 2010, seul un enfant sur deux (48 %) avait reçu toutes les vaccinations du Programme élargi de vaccination (PEV). De nouveau, ces taux sont variables selon le milieu et la province. À Kinshasa, par exemple, 62 % des enfants avaient reçu toutes les vaccinations du PEV en 2010, contre moitié moins dans l'Équateur et au Kasaï Oriental (33 % et 29 % respectivement), la couverture la plus faible étant celle du Maniéma, de 18 %. Ces résultats indiquent aussi que des efforts restent à accomplir dans toutes les provinces.

Un autre sujet majeur de préoccupation, souvent négligé, est la persistance parmi les enfants survivants, de pourcentages élevés de malnutrition (qui est également une cause de décès). Un enfant congolais sur 4 avait toujours, en 2010, un faible poids par rapport à son âge. Ce « faible poids » peut être la conséquence de facteurs passagers, tels qu'une maladie récente de l'enfant, mais aussi de facteurs plus permanents, tels qu'une alimentation insuffisante ou inadaptée, notamment parmi les familles pauvres. Quant au pourcentage d'enfants de petite taille par rapport à leur âge, il est quasiment le double du précédent, puisqu'il concernait près d'un enfant congolais sur deux (44 %) en 2010, et ce pourcentage ne semble pas avoir diminué ces dernières années. Cette situation est extrêmement préoccupante, puisque la petite taille par rapport à l'âge, ou retard de croissance, également appelé « malnutrition chronique », est révélatrice de problèmes majeurs de malnutrition et de santé rencontrés par l'enfant, notamment entre 6 et 24 mois. Ce retard de croissance a des conséquences très graves à long terme, car selon plusieurs études, il affecte négativement les capacités cognitives des enfants concernés ainsi que leur état de santé jusqu'à l'âge adulte. Une forte prévalence du retard de croissance est donc susceptible d'avoir des effets négatifs considérables et durables sur la productivité des économies ainsi que le bien-être des citoyens<sup>65</sup>.

<sup>65</sup> Voir Banque mondiale, *Indicateurs du Développement en Afrique*, 2010. Disponible en ligne : [http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/english\\_essay\\_adi2010.pdf](http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/english_essay_adi2010.pdf).

La persistance, jusqu'en 2010, de taux élevés de mortalité maternelle et de mortalité des enfants, ainsi que de pourcentages très importants d'enfants souffrant de retard de croissance, est imputable à la fois aux faibles performances du système de santé, mais également à l'importance des grossesses à risque associées à la forte fécondité qui prévaut toujours en RDC.

Une grossesse à risque est une grossesse qui se développe dans des conditions difficiles et fait courir des risques de santé à la mère et/ou à l'enfant à naître. On parle de grossesse à risque lorsque la future mère présente un terrain à risque, comme lorsqu'elle est très jeune ou relativement âgée, qu'elle présente des antécédents obstétricaux, suite notamment à des grossesses nombreuses et/ou rapprochées, ou encore lorsqu'elle souffre d'une maladie chronique (comme le diabète, l'hypertension artérielle, etc.). Ces grossesses doivent donc être suivies de plus près que les autres grossesses, ce qui n'est pas encore le cas pour la majorité des femmes enceintes en RDC, puisque moins de la moitié d'entre elles (44 % en 2010) ont bénéficié des quatre visites prénatales recommandées.

Les *Enquêtes démographiques et de santé (EDS)*, à partir des caractéristiques des naissances survenues au cours des 5 années précédant l'enquête, définissent les naissances issues de grossesses à risque comme étant le fait de 4 facteurs comportementaux, à savoir<sup>66</sup> :

1. des naissances de mères ayant accouché avant 18 ans (naissances précoces) ;
2. des naissances survenues moins de 24 mois après l'accouchement précédent (naissances rapprochées) ;
3. des naissances de mères ayant accouché après 35 ans (naissances tardives) ;
4. des naissances de mères ayant déjà accouché d'un enfant de rang 4 ou plus (naissances nombreuses).

Les grossesses et les naissances de rang 2 ou 3 chez les mères âgées de plus de 18 ans et de moins de 35 ans au moment de leur accouchement sont considérées comme ne présentant pas *a priori* de risques particuliers, et le risque associé à la première naissance chez les mères âgées de plus de 18 ans et de moins de 35 ans au moment de leur accouchement est considéré comme inévitable. Ces grossesses doivent cependant être correctement suivies.

En appliquant ces définitions aux données de l'enquête *EDS* réalisée en RDC en 2007, il apparaît que 61 % de l'ensemble des naissances étaient le résultat de grossesses à risque (36 % de grossesses associées à un seul risque, et 25 % de grossesses associées à plusieurs risques). Sur un total de 3,1 millions de naissances estimées en 2014, cela correspond à 1,9 million de grossesses à risque (1,1 million de grossesses présentant un seul risque, et 800 000 grossesses présentant plusieurs risques). Chez les femmes mariées ou en union, davantage exposées au risque de grossesses, 78 % des naissances au cours des 5 années précédant l'enquête, résultaient de grossesses à risque. Un tiers (31 %) de ces grossesses, cependant, ne présentaient qu'un seul risque, tandis que la moitié d'entre elles (47 %) en présentaient plusieurs (tableau 3.4.2 et figures 3.4.3 et 3.4.4).

Pour l'ensemble des femmes, comme pour les femmes mariées, les risques combinés les plus importants étaient ceux associant un âge avancé (35 ans et plus), à une parité élevée (4 enfants et plus). Mais ces deux risques combinés étaient plus fréquents chez les femmes mariées (26 % des grossesses concernées) que pour l'ensemble des femmes (12 % des grossesses concernées). Venait ensuite le risque combinant un intervalle intergénérisique trop court avec une parité élevée, les femmes mariées étant de nouveau davantage concernées (14 % des grossesses) que l'ensemble des femmes (9 % des grossesses). Les grossesses précoces concernaient surtout l'ensemble des femmes (6 % des grossesses), c'est-à-dire principalement des adolescentes qui n'étaient pas encore mariées ou en union permanente. Enfin, la combinaison des 3 risques les plus importants que sont une parité élevée, un intervalle intergénérisique trop court et un âge avancé était un peu plus élevée chez les femmes mariées (6 %) que pour l'ensemble des femmes (4 %). Ces résultats soulignent la nécessité d'adopter des stratégies différentes selon les risques encourus par les femmes. Concernant les femmes mariées, celles-ci sont très exposées aux grossesses multiples, tardives, et rapprochées, ce qui conduit souvent à des parités très élevées. Pour ces femmes, la sensibilisation devrait mettre un accent particulier sur les risques que présentent les grossesses tardives associées à des parités élevées ainsi qu'à des intervalles trop courts. Pour les adolescentes et les jeunes femmes, la sensibilisation devrait surtout viser à éviter les grossesses précoces et les intervalles trop courts, quel que soit leur statut matrimonial.

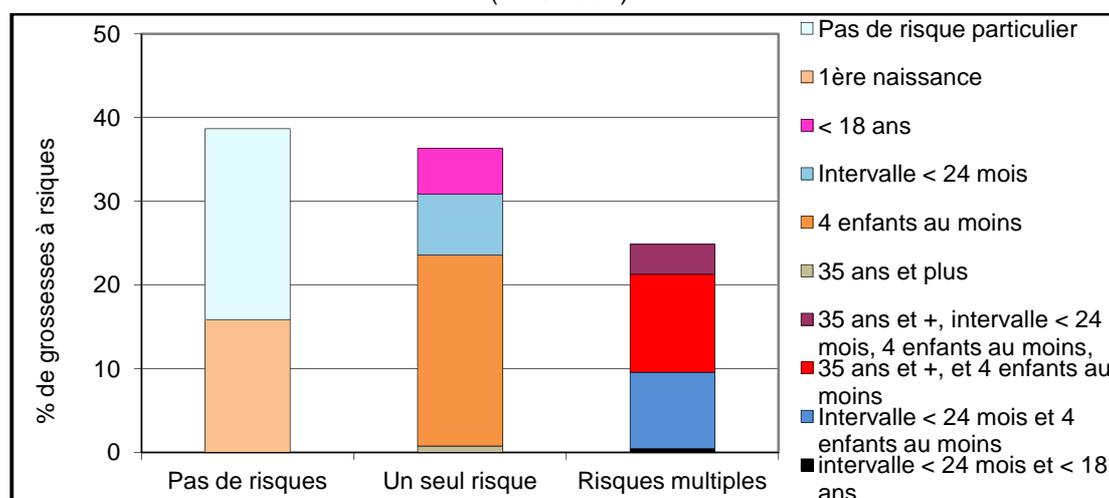
<sup>66</sup> Voir Shea Oscar Rutstein et Guillermo Rojas, « High-Risk Fertility Behavior Risk Ratios », p. 98-99, Guide To DHS Statistics - Demographic and Health Surveys Methodology - Demographic and Health Surveys, ORC Macro, Calverton, Maryland (septembre 2006), 168 p. Disponible en ligne : [http://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide to DHS Statistics 29Oct2012 DHSG1.pdf](http://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide%20to%20DHS%20Statistics%2029Oct2012%20DHSG1.pdf).

Tableau 3.4.2 : Pourcentage de naissances issues de grossesses à risque (EDS 2007)

Type de risques	Ensemble des naissances	Naissances de femmes mariées
<b>« Pas de risques »</b>		
- Pas de risques particuliers	22,8	16,2
- 1 <sup>re</sup> naissance	15,9	6,1
<b>Sous-total « pas de risques »</b>	<b>38,7</b>	<b>22,3</b>
<b>Un seul risque</b>		
- Mères de moins de 18 ans	5,5	1,0
- Dernier intervalle intergénésiq ue inférieur à 24 mois	7,3	11,3
- Mères ayant eu 4 enfants au moins	22,8	15,7
- Mères de 35 ans et plus	0,8	3,3
<i>Sous-total risques liés au jeune âge et à un intervalle trop court</i>	<i>12,8</i>	<i>12,3</i>
<i>Sous-total risques liés à un âge et à une parité élevés</i>	<i>23,6</i>	<i>19,0</i>
<b>Sous-total un seul risque</b>	<b>36,4</b>	<b>31,3</b>
<b>Plusieurs risques</b>		
- Mères de 35 ans et plus ayant au moins 4 enfants et dont le dernier intervalle intergénésiq ue est inférieur à 24 mois	3,6	5,7
- Mères de 35 ans et plus ayant au moins 4 enfants	11,7	25,7
- Mères ayant au moins 4 enfants et dont le dernier intervalle intergénésiq ue est inférieur à 24 mois	9,1	14,3
- Mères de moins de 18 ans et dont le dernier intervalle intergénésiq ue est inférieur à 24 mois	0,5	0,6
<b>Sous-total plusieurs risques</b>	<b>24,9</b>	<b>46,3</b>
<b>Total grossesses à risque</b>	<b>61,3</b>	<b>77,6</b>

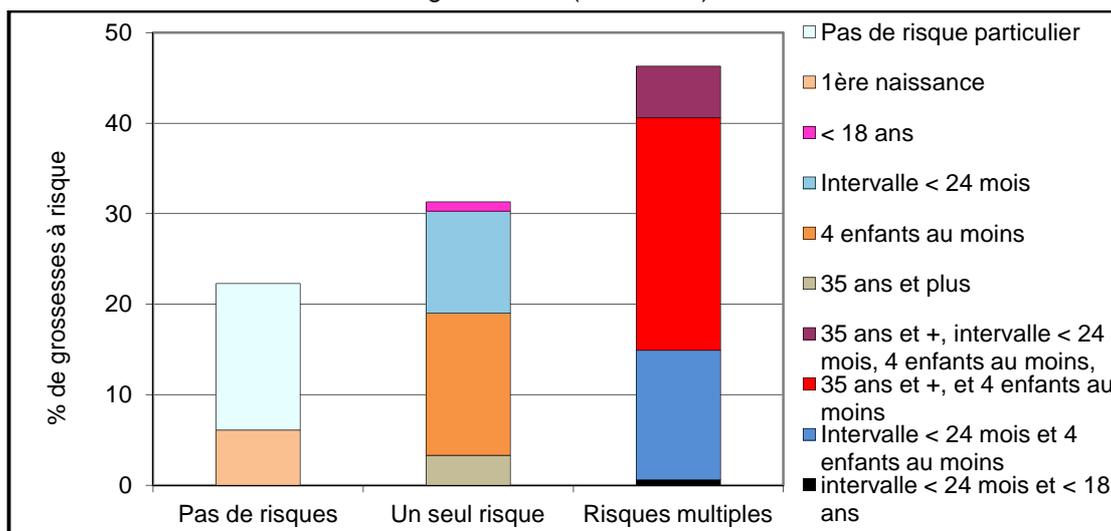
Source : STATcompiler - The DHS Program - Enquête démographique et de santé. Disponible en ligne : <http://www.statcompiler.com/>.

Figure 3.4.3 : Répartition de l'ensemble des naissances selon les risques associés aux grossesses (EDS 2007)



Source : STATcompiler - The DHS Program - Enquête démographique et de santé. Disponible en ligne : <http://www.statcompiler.com/>.

Figure 3.4.4 : Répartition des naissances chez les femmes mariées selon les risques associés à leurs grossesses (EDS 2007)



Source : STATcompiler - The DHS Program - Enquête démographique et de santé. Disponible en ligne : <http://www.statcompiler.com/>.

Les critères retenus pour définir les grossesses à risque peuvent bien entendu être contestés. Il est ainsi possible de considérer que dans le contexte de la RDC, le fait d'avoir un quatrième enfant ou un cinquième enfant, voire davantage, ou d'avoir un enfant après 35 ans, constitue un risque « normal ». Les grossesses après 35 ans sont d'ailleurs de plus en plus nombreuses dans les pays industrialisés et émergents. Il serait donc possible d'argumenter qu'il convient seulement de chercher à éviter :

1. Les grossesses à risque associées à des intervalles trop courts (moins de 24 mois) combinés ou non avec d'autres facteurs, qui représentent 32 % des grossesses chez les femmes mariées, et
2. Les grossesses avant 18 ans, qui sont généralement associées à des risques médicaux et sociaux importants.

Une telle approche omet toutefois de reconnaître que toutes les grossesses à risque nécessitent un suivi particulier qui a un coût. Elle omet également d'admettre que le fort pourcentage de grossesses à risque en RDC représente un coût financier et humain considérable pour les familles, le budget de l'État et le pays. Ainsi, les programmes, tout à fait prioritaires, nécessaires et légitimes, qui visent à réduire la maternité maternelle et à améliorer les chances de survie des enfants ainsi que leur état nutritionnel, ne peuvent pas faire l'économie d'une prise de conscience de la nécessité impérieuse de réduire les grossesses à risque. Celles-ci étant le résultat de facteurs comportementaux, leur réduction passe nécessairement par des changements de mentalité et l'adoption de nouveaux comportements faisant une place plus importante à l'autonomie des femmes (mariées ou non) en matière de reproduction, et leur laissant le libre choix en matière de maîtrise de leur fécondité, qu'il s'agisse de l'espacement des naissances ou de la taille de leur famille.

L'ensemble des dépenses consacrées à la santé ne permet pas encore d'assurer des services satisfaisants à l'ensemble de la population, bien qu'elles aient certes augmenté depuis 2002-2003, représentant en moyenne 6,2 % du PIB en 2010-2011-2012, contre 4 % en 2001, selon les données de la Banque mondiale. Une part croissante de ces dépenses provient de l'extérieur. En 2011-2012, la moitié de l'ensemble des dépenses de santé a été financée par des sources extérieures, c'est-à-dire par des organisations internationales, des partenaires bilatéraux, et par des organisations non gouvernementales étrangères. Cette aide importante, qui s'explique par un fort appui à la reconstruction du pays, a permis au Gouvernement de financer une part croissante des dépenses de santé. Ainsi, la part des dépenses publiques de santé, qui comprennent les dépenses récurrentes et en capital de l'État (y compris les emprunts et les dons extérieurs) est passée d'un peu plus de 20% en 2003-2004, à 51 % en 2012. Les dépenses publiques de santé représentaient ainsi 13 % du total des dépenses de l'État en 2011-2012, ce qui est appréciable dans le contexte africain. Les 49 % restants de l'ensemble des dépenses de santé, relevaient donc du privé, incluant les financements extérieurs et les dons à des services de santé privés, mais aussi les dépenses directement payées par les patients. Grâce à la part croissante des dépenses de santé financées par l'État et les appuis extérieurs au secteur, la part des dépenses de santé directement payées par les patients a été divisée par deux, passant de près de 70 % en 2002, à 33 % en moyenne pour les années 2010-2011-2012. Il n'en demeure pas moins, en dépit de ces avancées, que les dépenses de santé par tête en RDC sont

particulièrement basses. Elles étaient estimées en moyenne à 15 dollars américains (dont un tiers était payé par les patients) en 2010-2011-2012. C'est l'un des niveaux les plus bas en Afrique subsaharienne. Pourtant, les dépenses de santé par tête ont doublé en termes réels (c'est-à-dire en dollars PPA 2005 constants) ces dernières années, passant de 13 dollars PPA constants en 2003 à 25 dollars PPA constants en moyenne en 2010-2011-2012.

Les défis auxquels la RDC sera confrontée dans les 20 prochaines années pour améliorer la qualité de son capital humain en matière de santé, c'est-à-dire arriver à un état de santé satisfaisant de l'ensemble de la population, notamment des mères et des enfants, paraissent redoutables. Il faudra à la fois améliorer la couverture sanitaire, réhabiliter nombre de structures de santé, en construire de nouvelles, et améliorer la qualité des soins dispensés. Or le financement actuel des dépenses de santé n'est pas satisfaisant. Il est en effet très dépendant des financements extérieurs, à quoi s'ajoute le fait que les dépenses de santé par tête sont particulièrement basses. Compte tenu de l'importance des maladies transmissibles, qui touchent surtout les jeunes enfants, très nombreux, de la fécondité toujours élevée, et de l'importance des grossesses à risque, les dépenses de santé pour les femmes et les enfants représentent probablement aujourd'hui la moitié du total des dépenses du secteur. La poursuite de ces tendances n'est guère soutenable, d'autant plus que le nombre de cas de maladies non transmissibles (accidents cardio-vasculaires, diabète, cancers) va s'accroître. L'intensification des actions de prévention constitue l'une des réponses nécessaires à ces défis. Mais l'anticipation des tensions à venir, à court, moyen, et long terme, est également indispensable. De ce point de vue, il sera, comme dans le cas de l'éducation, moins difficile de gérer une situation dans laquelle le nombre de grossesses et les effectifs de jeunes se stabiliseront progressivement, qu'une situation dans laquelle ils continueront d'augmenter fortement.

## 4. Population, développement, et dividende démographique

### 4.1 Population et développement : le point sur la question

L'idée dominante en RDC reste que le pays a besoin d'une population plus nombreuse. Cette idée est justifiée par l'étendue du territoire, sa faible densité démographique, l'importance de ses ressources naturelles, et aujourd'hui, la forte croissance économique du pays, qui permet tous les espoirs. Ainsi, après avoir été pendant longtemps « un géant africain résilient » pauvre (voir 3.1), le pays a réellement le potentiel de devenir dans un futur proche « un géant africain » prospère, et cette idée est associée à la nécessité d'avoir une population plus nombreuse. Le couplet de l'hymne national adopté en 1960, « *Nous (Congolais) peuplerons ton sol et assurerons ta grandeur* », reste donc toujours d'actualité.

La nécessité d'avoir une population plus nombreuse s'appuie aussi sur un certain nombre d'idées reçues, telle que la déclaration tirée du livre de Jean Bodin, philosophe et théoricien politique français dans son ouvrage intitulé les « *Six Livres de la République* » paru en 1576, selon laquelle « Il n'y a de richesses ni de force que d'hommes », ainsi que sur le refus des idées énoncées par Malthus dans son « *Essai sur le principe de population* » paru en 1798 et qui préconisait de réduire la croissance de la population pour éviter les famines, les guerres et les épidémies. Il faut cependant souligner, car on l'oublie trop souvent, que ces idées sont largement le reflet des époques particulières au cours desquelles elles ont été énoncées, à savoir une longue période de recul et de stagnation démographique en Europe après les épidémies de peste noire pour Bodin, et au contraire une reprise de la croissance démographique à la fin du 18<sup>e</sup> siècle pour Malthus.

Les contextes sont aujourd'hui bien différents à de multiples égards. Comme on l'a vu, la RDC aura à faire face dans les années à venir à plusieurs défis en relation avec la croissance rapide de sa population. La question des relations entre population et développement en RDC mérite donc d'être réexaminée de manière plus fine, et replacée dans un contexte plus large.

Les idées sur les questions de population ont beaucoup évolué depuis la fin des années 1990, et une littérature relativement abondante est aujourd'hui disponible sur ces sujets. Il importe donc de sortir des approches dogmatiques traditionnelles, selon lesquelles « il n'y a de richesses que d'hommes », « la densité de la population est faible », ou à l'inverse « il y a surpeuplement ».

L'impact de la forte croissance démographique des pays du Sud sur leur développement a fait l'objet de nombreux débats. En raison des crises qu'elle provoque, la croissance démographique rapide a ainsi été considérée comme faisant obstacle au développement de ces pays, selon la tradition malthusienne. Mais la croissance démographique rapide a également été considérée comme un facteur stimulant le développement, selon l'approche « boserupienne »<sup>67</sup>, grâce à la capacité d'adaptation des sociétés, qui conduit aux ajustements nécessaires<sup>68</sup>. Il faut rappeler à ce sujet que l'idée de développement est associée à une période historique donnée, celle qu'ont connue les pays européens à partir des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles<sup>69</sup>, et qui a été caractérisée par un développement économique plus rapide que la croissance démographique, ce qui a amené à dire que Malthus et ses successeurs (les néomalthusiens) s'étaient trompés, puisque l'apocalypse annoncée n'avait pas eu lieu. Famines, guerres et épidémies ont toutefois continué à ponctuer, pour plusieurs raisons non nécessairement démographiques, l'actualité de la planète en Europe comme ailleurs. Il est ainsi possible de citer, parmi les famines du XIX<sup>e</sup> siècle, la famine irlandaise de la pomme de terre de 1845 à 1851, la famine en Éthiopie de 1888-1892, la famine russe de 1891-1892, et la famine de 1899 au Kenya central, qui ont toutes provoqué des centaines de milliers, voire des millions de morts.

Historiquement parlant, les croissances économiques et démographiques des grandes régions du monde ont été très différentes, comme le souligne l'historien et économiste Angus Maddison<sup>70</sup>. Celui-

<sup>67</sup> Du nom d'Ester Boserup, économiste danoise auteure de *The conditions of Agricultural Growth: The Economics of Agrarian Change under Population Pressure*, paru en 1965.

<sup>68</sup> Voir Xavier Bernier, CR de Pascal Boyries, « Les Sud et les problématiques de développement ». Disponible en ligne : <http://www.ac-grenoble.fr/histoire/programmes/lycee/classique/terminale/geo/sud-bernier.pdf>. Voir aussi Henri Leridon et Ghislain de Marsily, dir., *Démographie, climat et alimentation mondiale*, Les Ulis (France), Académie des Sciences, 2011, 398 p. Disponible en ligne : <http://www.bibsciences.org/bibsup/acad-sc/common/articles/rapport12.pdf>.

<sup>69</sup> Voir F. Braudel, *La dynamique du capitalisme*, Paris, Arthaud, 1985 ; Paris, Flammarion, 1987.

<sup>70</sup> A. Maddison, *Growth and Interaction in the World Economy. The Roots of Modernity*, Washington, D.C., The AEI Press, 2005. Disponible en ligne :

ci distingue ainsi, pour les XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècles, cinq grandes périodes d'essor du capitalisme et d'accélération de la croissance économique. Il s'agit de :

1. La phase initiale (1820-1870) ;
2. La période dite de « l'ancien ordre libéral » (1870-1913) ;
3. La période des deux guerres mondiales (1913-1950) ;
4. « L'âge d'or » (1950-1973) (correspondant à ce qu'on a appelé les « Trente glorieuses » et qui se termine avec le premier choc pétrolier) ; et
5. Le nouvel ordre libéral (1973-2001).

Les travaux d'Angus Maddison mettent en évidence une croissance des PIB de 1820 à 2001 par grande région du monde, qui est comprise entre moins de 0,2 % et 5 % par an en moyenne par grande période, et de 9 % pour le Japon pour la période 1950-1973. C'est au cours de la période 1950-1973, dite de « l'âge d'or », que les croissances économiques les plus élevées ont été atteintes. Elles ont en effet été de 4 à 5 % par an en moyenne dans toutes les grandes régions du monde, et de 9 % au Japon, qui grâce à cette croissance exceptionnelle, est devenu l'une des premières économies mondiales (figure 4.1.1).

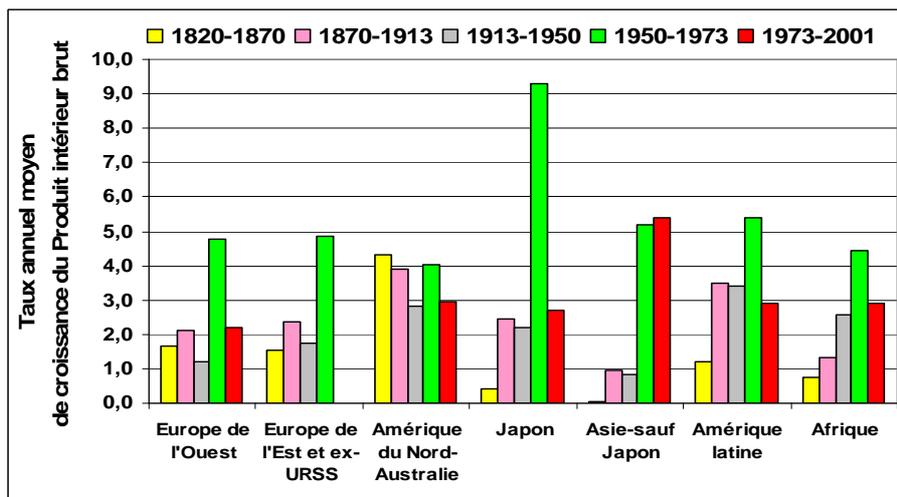
Les croissances démographiques observées pendant ces deux siècles d'essor du capitalisme sont plus contrastées (figure 4.1.2). C'est au cours du XIX<sup>e</sup> siècle que l'ensemble des pays d'Europe de l'Ouest ont connu leur plus forte croissance démographique, mais celle-ci n'a été que de 0,6 % à 0,7 % par an en moyenne, donc bien inférieure à 1 % par an. L'ensemble des pays d'Amérique du Nord et d'Océanie (Australie et Nouvelle-Zélande) ont également connu leur plus forte croissance démographique, comprise entre 2 % et près de 3 % par an en moyenne, entre 1820 et 1913. Mais ces taux élevés sont imputables à une forte immigration de peuplement venue d'Europe. Cette immigration a fait bénéficier les pays concernés d'une sorte de « dividende démographique migratoire », puisqu'ils ont absorbé des immigrants, pour lesquels les dépenses de santé et d'éducation jusqu'à l'âge adulte avaient été prises en charge par les pays d'origine.

Au Japon, la plus forte croissance démographique, de 1,3 % par an en moyenne, a été enregistrée au cours de la période 1913-1950. Les régions en développement, elles, ont connu leurs croissances démographiques les plus élevées, comprises entre 2,2 % et 2,7 % par an en moyenne, après 1950. Mais, tandis qu'en Asie et en Amérique latine, les taux de croissance démographique ont diminué rapidement à partir des années 1960-1970, pour atteindre environ 1 % par an aujourd'hui (0,6 % en Asie de l'Est, 1,2 % à 1,3 % en Asie du Sud, et 1,1 % en Amérique latine), le taux de croissance démographique moyen pour l'ensemble de l'Afrique a augmenté, passant de 2,4 % par an entre 1950 et 1973, à 2,7 % par an entre 1973 et 2001. Il est d'ailleurs toujours estimé à ce niveau de 2,7 % par an en 2005-2010 et 2010-2015 pour l'Afrique subsaharienne.

Ces évolutions différentes des PIB et des croissances démographiques ont conduit à des évolutions encore plus contrastées des PIB par tête par région, notamment pour la dernière période 1973-2001 (figure 4.1.3). Ainsi dans les régions développées : Europe de l'Ouest, Amérique du Nord-Australie et Japon où la croissance démographique était déjà faible, les PIB par tête ont continué de croître d'environ 2 % par an. Les pays d'Europe de l'Est et de l'ex-URSS qui ont connu des bouleversements politiques et économiques majeurs ont vu leur PIB par tête stagner. Dans les pays en développement, seul l'ensemble des pays d'Asie a continué d'enregistrer au cours de la période 1973-2001, une forte croissance de son PIB par tête : 3,6 % par an en moyenne, contre 0,9 % par an pour l'ensemble des pays d'Amérique latine, et + 0,2 % pour l'ensemble de l'Afrique.

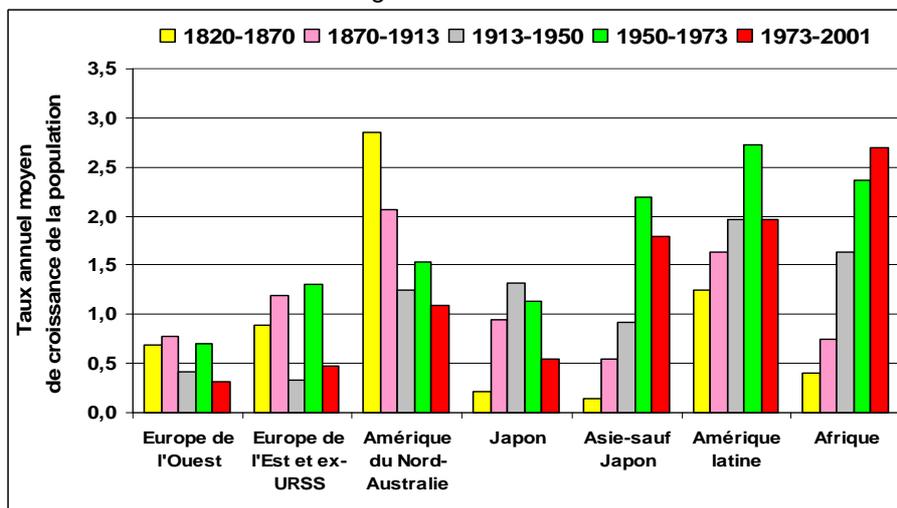
La croissance insignifiante du PIB par tête en Afrique au cours de cette période est imputable à plusieurs facteurs, parmi lesquels on peut citer un environnement économique international moins favorable à l'Afrique qu'au cours de la période précédente, les plans d'ajustements structurels que de nombreux pays africains ont été obligés d'adopter, mais aussi le maintien d'une forte croissance démographique.

Figure 4.1.1 : Taux de croissance annuels moyens du PIB par grande période et grande région - 1820-2001



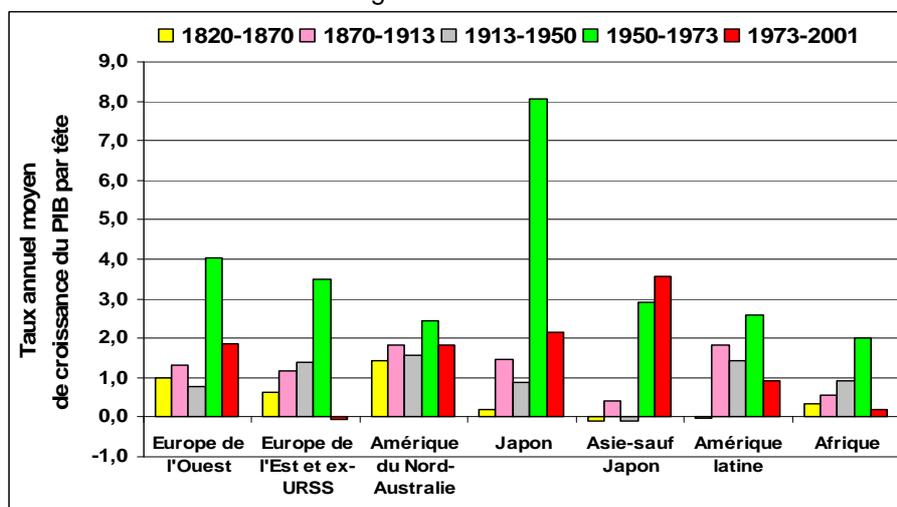
Source : A. Maddison, 2005, *Growth and interaction in the world economy: the roots of modernity*.

Figure 4.1.2 : Taux de croissance annuels moyens de la population par grande période et grande région - 1820-2001



Source : A. Maddison, 2005, *Growth and interaction in the world economy: the roots of modernity*.

Figure 4.1.3 : Taux de croissance annuels moyens des PIB par tête par grande période et grande région - 1820-2001



Source : A. Maddison, 2005, *Growth and interaction in the world economy: the roots of modernity*.

De fait, dans son ouvrage de prospective de l'économie mondiale jusqu'en 2030<sup>71</sup>, Angus Maddison indique, après avoir examiné les divers facteurs ayant bridé la croissance africaine (poids de la dette, insuffisance de l'aide au développement, corruption, protection des productions agricoles des pays développés), qu' « il y a aussi une faible reconnaissance par les gouvernements africains du rôle que pourrait jouer le contrôle des naissances et la planification familiale pour accélérer la croissance du revenu par tête » dans les pays africains.

Les données annuelles disponibles pour la période allant de 1960 à 2012 confirment l'impact négatif de la forte croissance démographique de l'Afrique subsaharienne sur ses performances économiques. Le PIB total de l'Afrique subsaharienne a en effet été multiplié par 6,1 entre 1960 et 2012, ce qui constitue une performance appréciable, bien qu'inférieure à celle de l'Amérique latine (7,2), et deux fois moindre que la multiplication par 13 enregistrée pour l'Asie du Sud et l'Asie de l'Est. En dépit de la reprise de la croissance économique en Afrique subsaharienne depuis le milieu des années 1990, cependant, le maintien d'une forte croissance démographique y a ralenti la progression du PIB moyen par tête, de sorte que ce dernier n'était en 2012 que de 54 % supérieur à ce qu'il était en 1960, ce qui constitue l'augmentation la plus faible enregistrée parmi toutes les grandes régions du monde. Le PIB moyen par tête a en effet augmenté plus rapidement ailleurs, notamment dans les autres régions en développement qui ont fortement réduit leur croissance démographique, et ont donc bénéficié de taux de dépendance moins élevés, ce qui a favorisé à la fois leur croissance économique et une augmentation plus rapide de leur PIB par tête. C'est ainsi qu'entre 1960 et 2012 les PIB par tête ont été multipliés par 2,6 en Amérique latine, par 4,4 en Asie du Sud, par 5,8 en Asie de l'Est, par 3,3 pour l'Union européenne et par 2,8 en Amérique du Nord.

Le premier constat empirique que l'on peut faire est donc que la forte croissance démographique enregistrée en Afrique subsaharienne au cours des 50 dernières années n'a pas été accompagnée d'une croissance économique plus forte qu'ailleurs, contrairement à ce que soutiennent ceux qui considèrent qu'une forte croissance démographique est favorable à la croissance économique. La forte croissance démographique y a au contraire eu un impact négatif sur la progression du PIB moyen par tête.

Le second constat que l'on peut faire est que la transition démographique en Afrique subsaharienne est différente des transitions observées dans les autres régions du monde. Tout d'abord, les taux d'accroissement naturel actuels sont 3 fois plus élevés que ceux observés historiquement en Europe de l'Ouest. Ensuite, les taux de croissance démographique de plus de 2 % par an observés pour l'Afrique subsaharienne depuis les années 1950 devraient rester supérieurs à 2 % par an jusque dans les années 2040. En comparaison, les taux de croissance démographique sont inférieurs à 2 % par an depuis le milieu des années 1970 en Asie, et depuis milieu des années 1980 en Amérique latine.

L'Afrique subsaharienne a ainsi connu au XX<sup>e</sup> siècle, une croissance démographique exceptionnelle, après une longue période de quasi stagnation du fait de la traite esclavagiste et de l'impact meurtrier des maladies infectieuses<sup>72</sup>. Il a en effet été estimé que la population de l'Afrique subsaharienne serait passée d'environ 80 millions en 1500 à 95 millions en 1900<sup>73</sup>. Mais, au cours de la même période, les populations de l'Asie et de l'Europe ont été multipliées respectivement par 4 et par 5. Cette croissance s'est poursuivie au XX<sup>e</sup> siècle, puisqu'on estime qu'entre 1900 et 2000, la population de l'Asie a de nouveau été multipliée par 4, et celle de l'Europe par près de 2. Par contraste, la population de l'Afrique subsaharienne a été multipliée par près de 7, passant de 95 millions en 1900 à 640 millions en 2000 (tout comme celle de l'Amérique latine, mais, pour cette dernière, du fait, en partie, d'une forte immigration). On a donc parlé au sujet de l'Afrique subsaharienne de « grand rattrapage démographique »<sup>74</sup>. Et ce « rattrapage » continue puisque, comme on l'a vu, la croissance démographique de l'Afrique subsaharienne est toujours de 2,7 % par an en moyenne.

Ces divergences d'évolutions démographiques entre l'Afrique subsaharienne et les autres grandes régions du monde ont effectivement été interprétées comme un rattrapage, ou encore comme un

---

<sup>71</sup> Traduction libre de A. Maddison, *Contours of the World Economy : 1-2030 AD: Essays in Macro-Economic History*, Oxford : Oxford University Press, 2007, p. 347.

<sup>72</sup> J.-P. Guengant, « La démographie africaine entre convergences et divergences », p. 27-121, dans B. Ferry, dir., *L'Afrique face à ses défis démographiques*, AFD-Ceped-Karthala, 2007.

<sup>73</sup> J.-N. Biraben, « L'évolution du nombre d'hommes », *Population et Sociétés*, n° 394 (octobre 2003).

<sup>74</sup> J.-P. Guengant et J. May, « Afrique : le grand rattrapage démographique », *Le Monde*, 15 décembre 2007. Interview. Disponible en ligne : [http://www.lemonde.fr/afrique/article/2007/12/15/afrique-le-grand-rattrapage-demographique\\_990230\\_3212.html](http://www.lemonde.fr/afrique/article/2007/12/15/afrique-le-grand-rattrapage-demographique_990230_3212.html).

décalage des évolutions dans le temps. Il est ainsi affirmé dans un ouvrage paru en 2006<sup>75</sup> que « l'explosion démographique (en Afrique) va s'essouffler dans les premières décennies du XXI<sup>e</sup> siècle », et que « l'Occident dominant, mais vieillissant, hésite entre la peur de disparaître et le besoin de ressources humaines. Cela alimente une politique d'ingérence dans la maîtrise de la fécondité via la planification familiale et le verrouillage des frontières ». Et les auteurs de conclure : « La croissance actuelle de la population africaine n'a rien d'exceptionnel [...] Bien plus tardive en Afrique, cette transition [la transition démographique] sera encore plus rapide que dans les autres pays du Sud ». C'est effectivement l'hypothèse qui était retenue dans les années 1990, mais qui s'est révélée inexacte.

Les auteurs de l'ouvrage de prospective « Afrique 2025. *Quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara* », paru en 2003, formulent pour leur part des opinions plus nuancées, et privilégient à la fois l'hypothèse du décalage et celle du rattrapage<sup>76</sup>. Ils soulignent ainsi que : « Si l'explosion démographique en Afrique a été et demeure une réalité, l'analyse montre qu'il n'y pas d'exception africaine, mais seulement un décalage entre l'Afrique et le reste du monde, et elle montre que l'Afrique est simplement en train de reprendre la place qu'elle a autrefois occupée dans la population mondiale ». Ils ajoutent : « Mais ce décalage ne va pas disparaître rapidement et il n'est pas sans conséquences sur la façon dont les sociétés africaines s'insèrent dans le monde actuel ». Effectivement, en 1500, l'Afrique subsaharienne, avec 90 millions d'habitants, représentait 17 % de la population mondiale. Ce pourcentage est tombé à 6 % en 1900, mais il était de 12 % en 2010, et il continue d'augmenter. La Division de la population des Nations Unies estime ainsi dans ses projections 2012, que, selon son hypothèse moyenne, la population de l'Afrique subsaharienne pourrait être supérieure à 2 milliards, soit 22 % de la population mondiale, pour passer, en 2100, à près de 4 milliards, soit 35 % de la population mondiale. Les auteurs posent alors la question : « L'amorce constatée de la baisse de la fécondité aura-t-elle été un phénomène en grande partie conjoncturel, lié à la crise, et la baisse va-t-elle s'arrêter, hésitante, au cours des prochaines décennies, ou va-t-elle s'accélérer ? » Ils se demandent également si, du fait de l'épidémie du VIH/sida « une implosion de la population ne [risque] pas de succéder à l'explosion ». De fait, il n'y a pas eu d'implosion démographique, les populations d'Afrique subsaharienne continuant de croître rapidement, et la baisse de la fécondité reste hésitante, puisque comme on l'a vu en 1.3, 3 Subsahariens sur 4 vivent toujours dans des pays où la transition de la fécondité est lente et irrégulière, ou bien très lente, voire à peine amorcée.

Cela dit, d'après les auteurs d'« Afrique 2025 », il n'est pas nécessaire de retenir des scénarios d'évolutions démographiques différents à l'horizon 2025. Ils retiennent que la population de l'Afrique subsaharienne sera comprise entre 1,1 et 1,2 milliard de personnes en 2025 (les estimations actuelles la situent entre 1,180 et 1,260 milliard), un chiffre proche, soulignent-ils, de celui de la population chinoise, et notent également que la population de l'Afrique subsaharienne sera plus urbanisée et plus éduquée, mais, là aussi, sans faire d'hypothèses particulières. Cela correspond au maintien d'une croissance démographique de 2 à 2,5 % par an vers 2025, et signifie aussi que les auteurs ont considéré qu'il n'était pas possible, ou pas nécessaire, d'infléchir les tendances indiquées par les projections démographiques. Ils retiennent ainsi quatre scénarios à l'horizon 2025 :

- 1) « Les lions pris au piège » ;
- 2) « Les lions faméliques » ;
- 3) « Les lions sortent de leur tanière » ;
- 4) « Les lions marquent leur territoire ».

Les auteurs privilégient par là une combinaison concernant d'une part les comportements des acteurs, et d'autre part l'efficacité des actions des pouvoirs publics. Alioune Sall, directeur de l'Institut des Futurs Africains, artisan de cet exercice de prospective, indique en 2012 que « depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle, l'Afrique subsaharienne a globalement évolué selon le scénario « Les lions pris au piège » avec toutefois, jusqu'en 2008, une croissance économique plus forte que celle enregistrée pendant les années 1990 »<sup>77</sup>. Il ajoute : « D'aucuns ont pu interpréter cette croissance comme un début d'évolution vers le scénario « Les lions sortent de leur tanière » ». Il souligne cependant la diversité des situations

<sup>75</sup> G. Courade et C. Tichit, « Les Africaines font trop d'enfants : une bombe démographique en puissance », dans George Courade, dir., *L'Afrique des idées reçues*, Paris, Belin, 2006, p. 325-331.

<sup>76</sup> *Afrique 2025 : Quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara ?*, Paris, Karthala, Futurs Africains, 2003, collection Tropiques. Résumé disponible en ligne : <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/idep/unpan014160.pdf>.

<sup>77</sup> Alioune Sall, « La prospective est un outil au service des décideurs et des entrepreneurs », *African Business Journal*, n° 1 (janvier 2012), p. 28-34. Interview.

selon les pays, et note que « le coup d'arrêt imposé par la crise économique mondiale » a fait obstacle à un développement plus rapide de nombre de pays.

Cela dit, il faut souligner que la poursuite de la forte croissance démographique en Afrique subsaharienne s'explique largement par le sentiment répandu qu'il n'est pas nécessaire de la réduire, étant donné que l'Afrique est toujours sous-peuplée, ainsi que par les fortes réticences dans la région vis-à-vis de la planification familiale. De fait, malgré l'adoption de politiques ou de programmes de population par la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne dans les années 1980 et 1990, la sincérité des déclarations des gouvernements et l'efficacité de leurs engagements proclamés ont souvent été mises en doute. Ngondo a Pitshandenge note à ce sujet en 1994 que ces politiques et programmes sont souvent imposés à partir du sommet, et « passent alors pour des initiatives néo-impérialistes et néo-colonialistes inavouées, et sont reçues avec réticences par la masse »<sup>78</sup>. Il relève aussi, citant un autre auteur africain, qu'« en tout état de cause, les finalités de la planification familiale en Afrique ne sauraient être la réduction de la croissance démographique », et que « pour l'Afrique sous-peuplée, dominée, dont la richesse la plus immédiatement disponible et utilisable est sa démographie », il convient de rechercher des « objectifs de qualité et de quantité ». Ngondo a Pitshandenge indique enfin « qu'en définitive on peut douter de la sincérité des dirigeants à vouloir exécuter des initiatives par ailleurs ostensiblement inspirées de l'extérieur », et qu'il convient « que l'on vise davantage les changements structurels durables et que l'on s'attaque aux facteurs déterminants qui justifient le pro-natalisme ».

Dans le reste du monde, avec la prise de conscience, après la fin de la Seconde Guerre mondiale, de l'accélération de la croissance démographique dans les pays du Sud, malthusiens, néo-malthusiens et anti-malthusiens se sont violemment opposés, avec des résultats divers. Les néo-malthusiens ont ainsi présenté le contrôle des naissances comme une condition indispensable au développement des pays du Sud, qualifiés alors de « sous-développés ». Mais, pour les anti-malthusiens, seules des politiques vigoureuses en faveur du développement (notamment agricole) pouvaient permettre à ces pays de sortir de leur sous-développement, le développement entraînant « automatiquement » la réduction de la fécondité ; d'où le slogan de ceux qu'on a appelé les « développementalistes », à savoir que « le développement est le meilleur contraceptif ». C'est ainsi qu'un certain nombre d'actions se sont appuyées sur le discours malthusien (en Chine notamment), et d'autres sur le discours boserupien, avec mise en œuvre par exemple de la révolution verte dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est, ou bien encore sur les deux discours à la fois, comme dans le cas de l'Inde.

À partir des années 1980, cependant, les limites des programmes « tout planning familial » sont apparues de manière plus claire, ces programmes devant en effet être accompagnés de progrès dans l'éducation et l'autonomie économique et légale des femmes pour être pleinement efficaces.

Aujourd'hui, donc, les agendas internationaux mettent l'accent sur le développement durable et sur le développement humain. Le développement durable est défini comme « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs »<sup>79</sup>. Il implique en particulier la préservation de l'environnement ainsi qu'un changement des modes de consommation « gaspilleurs » actuels, notamment dans les pays du Nord<sup>80</sup>.

Le développement humain, quant à lui, prend en compte plusieurs dimensions du développement économique et social. Il est synthétisé depuis 1990 par le PNUD à travers l'indice de développement humain, un indice composite construit à partir de trois indicateurs portant sur l'économie, l'éducation et la santé. Enfin, le développement a également été défini comme un processus d'élargissement du choix des gens, apportant plus de liberté à toutes et à tous et non comme une simple augmentation du revenu national ou du PIB<sup>81</sup>. Les « objectifs du Millénaire pour le développement » (OMD) adoptés en

---

<sup>78</sup> S. Ngondo a Pitshandenge, « Politiques et programmes de population en Afrique : précisions des objectifs et adéquation des moyens », dans *L'Évaluation des politiques et programmes de population. Partie II, l'évaluation des objectifs*, Paris, AUPELF-UREF, John Libbey Eurotext, 1994, p. 99-109.

<sup>79</sup> Selon le *Rapport Brundtland*, 1987.

<sup>80</sup> Royal Society, *People and the planet*, The Royal Society, Londres, avril 2012. Disponible en ligne :

<http://royalsociety.org/policy/projects/people-planet/report/>.

Voir aussi la traduction française : *La population et la planète - Résumé et recommandations*, Londres, The Royal Society, avril 2012. Disponible en ligne :

[https://royalsociety.org/-/media/Royal\\_Society\\_Content/policy/projects/people-planet/2012-07-09-People-planet-French.pdf](https://royalsociety.org/-/media/Royal_Society_Content/policy/projects/people-planet/2012-07-09-People-planet-French.pdf).

<sup>81</sup> Agence Française de Développement, *Amartya Sen : un économiste du développement ?*, Notes et documents n° 30, Valérie Reboud, dir., 2008, 254 p. Disponible en ligne :

2000 tiennent largement compte de l'ensemble de ces nouvelles approches, en portant une attention particulière à l'éradication de la faim et de la pauvreté, à l'éducation et à la santé (le « capital humain »), ainsi qu'aux questions de genre et d'environnement. Les « Objectifs de développement durable » en cours de définition, qui feront suite, après 2015, aux « objectifs du Millénaire pour le développement », tiendront bien entendu également compte de ces nouvelles approches et de la complexité des problèmes de développement.

Les préoccupations purement démographiques ont ainsi été progressivement mises de côté au profit d'une approche plus globale favorisant les droits humains, qui incluent les droits reproductifs et la santé reproductive. Ce changement a été « adopté » lors de la *Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)*, organisée au Caire en 1994 par les Nations Unies, à un moment où les niveaux de fécondité dans le monde avaient déjà considérablement baissé. La fécondité dans le monde est donc aujourd'hui essentiellement le résultat du libre choix des couples et des femmes, suite à ce qu'on a appelé « la révolution contraceptive »<sup>82</sup>.

Ainsi, selon les projections 2012 de la Division de la population des Nations Unies, en 2010, 48 % de la population mondiale vivaient dans des pays où la fécondité était inférieure à 2,1 enfants par femme en 2005-2010 (la dernière période la mieux connue), 33 % dans des pays où la fécondité était en baisse et se situait entre 2,1 et moins 3 enfants par femme, et 19 % dans des pays où la fécondité était égale ou supérieure à 3 enfants par femme. On retrouve parmi ces pays la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, dont les deux tiers sont dits « pays moins avancés »<sup>83</sup>. Et parmi les 30 pays représentant 10 % de la population mondiale, où la fécondité restait supérieure ou égale à 5 enfants par femme, 28 étaient des pays d'Afrique subsaharienne, dont la RDC.

Cette diversité des situations démographiques (et économiques) dans le monde doit inciter à adopter des approches différentes, adaptées à chaque situation, et à réexaminer la question de l'importance des relations entre croissance démographique et développement.

Il faut signaler à ce sujet une étude récente, publiée fin 2011. Cette étude, qui porte sur la période 1950-2010, réexamine à la lumière d'un ensemble de données aujourd'hui disponibles, la question des relations entre population et développement, ainsi que celle du potentiel que représente la jeunesse africaine pour son développement économique<sup>84</sup>. Les auteurs partent du constat qu'au cours des 60 dernières années, le processus de développement de nombreux pays s'est accompagné d'une baisse plus ou moins rapide de la fécondité, et qu'inversement les pays où les niveaux de fécondité sont restés élevés, sont des pays qui ont aujourd'hui les niveaux les plus faibles de développement socio-économique. Ils soulignent cependant que cette corrélation entre niveau de développement élevé et niveau plus faible de fécondité ne signifie pas causalité, c'est-à-dire qu'elle ne signifie pas nécessairement que « le développement est le meilleur contraceptif », comme l'ont affirmé les « développementalistes ». Les auteurs de cette étude ont donc cherché à approfondir la nature et les facteurs explicatifs de cette corrélation en s'appuyant sur une analyse comparative de nombreux indicateurs pour 103 pays en développement (ou qui ont été en développement), dont 33 pays d'Afrique subsaharienne (dont la RDC). Ces indicateurs portent sur le développement, l'économie, l'éducation, la santé, la santé reproductive, l'égalité entre les genres, le cadre institutionnel et politique, les ressources naturelles, et la démographie.

Les 103 pays retenus ont été classés en 4 groupes en fonction de leur niveau actuel de développement et de l'évolution de leur fécondité depuis le début des années 1950.

1- Le groupe A comprend 13 pays dont le niveau de développement est élevé, et où la fécondité est basse. Dans ces pays, la baisse de la fécondité a commencé tôt, dans les années 1950 ou avant, et les niveaux actuels de fécondité se situent en gros entre 1,5 et 2,5 enfants par femme. Ces pays sont des pays d'Asie de l'Est, de la Caraïbe ou d'Amérique latine dont les populations sont de tailles très variables. Un seul pays africain, Maurice, fait partie de ce groupe.

---

<http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Archives/Notes-et-documents/30-notes-documents.pdf>.

<sup>82</sup> Norman B. Ryder et Charles F. Westoff, *The Contraceptive Revolution*, Princeton, Princeton University Press, 1977. 397 p.

<sup>83</sup> J-P. Guengant et J. May, « L'Afrique subsaharienne dans la démographie mondiale », *Études*, vol. 415, octobre 2011.

<sup>84</sup> Lilli Sippel, Tanja Kiziak, Franziska Woellert et Reiner Klingholz, *Africa's Demographic Challenges - How a young population can make development possible*, Berlin, Berlin Institute for Population and Development, septembre 2011. Disponible en ligne :

[http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user\\_upload/Afrika/Africas\\_demographic\\_challenges.pdf](http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Afrika/Africas_demographic_challenges.pdf).

2- Le groupe B comprend 25 pays dont le niveau de développement a été qualifié de moyennement élevé, et où la fécondité est également basse. Dans ces pays, la baisse de la fécondité a commencé plus tard, dans les années 1960 ou 1970, mais elle a été relativement rapide. Les niveaux actuels de fécondité dans ces pays se situent autour de 2,0 et 3,0 enfants par femme. Ce groupe comprend une majorité de pays d'Amérique latine, mais aussi 8 pays d'Asie, 3 pays arabes et la Turquie, et 3 pays africains : le Maroc, l'Afrique du Sud et la Tunisie.

3- Le groupe C comprend 35 pays dont le niveau de développement a été qualifié de moyen, et où la fécondité décroît. Dans ces pays, la baisse de la fécondité a commencé encore plus tard, souvent dans les années 1980, et les niveaux de fécondité actuels se situent aux alentours de plus de 2 enfants et moins de 5 enfants par femme. Ce groupe comprend divers pays arabes, des pays d'Asie du Sud, 6 pays d'Amérique latine et 13 pays d'Afrique subsaharienne.

4- Le groupe D comprend 30 pays dont le niveau de développement a été qualifié de peu élevé, et où la fécondité reste forte. Dans ces pays, la fécondité reste généralement supérieure à 5 enfants par femme, même si elle a commencé à décroître dans la plupart des pays dans les années 1990. Les pays de ce groupe sont des pays d'Afrique subsaharienne, y compris la RDC, sauf trois : l'Afghanistan, le Timor-Leste, et le Yémen.

Les principales conclusions de cette étude sont les suivantes : il y a bien, à quelques rares exceptions près, une corrélation entre le degré de développement des pays étudiés et leurs niveaux de fécondité. Cependant, il n'est pas possible de savoir lequel de ces deux éléments précède l'autre. Le cas des pays asiatiques, « les tigres asiatiques », semble indiquer que les deux processus du développement et de la baisse de la fécondité se renforcent mutuellement. Une chose est cependant certaine : aucun pays n'a pu se développer sans qu'il y ait parallèlement une baisse de la fécondité. Cela signifie en d'autres termes que le maintien d'une forte fécondité sur longue période exclut le développement économique et social, ou du moins ne permet pas un développement économique et social dans des délais satisfaisants. Concernant les pays producteurs de pétrole retenus dans l'étude, les auteurs notent que les indices de développement humain (IDH) de ces pays sont généralement moyens ou élevés. Mais ils remarquent que les revenus du pétrole ne bénéficient pas toujours à tous les segments de la société, et que l'augmentation globale du PIB ainsi que du PIB par tête ne conduit pas nécessairement au développement économique de ces pays ni à une baisse de leur fécondité.

Partant du constat que nombre de pays, et notamment les « tigres asiatiques », qui ont réussi leur développement au cours des 50-60 dernières années, sont partis de situations démographiques voisines de celles que connaissent aujourd'hui la plupart des pays africains, les auteurs de l'étude indiquent que la jeunesse nombreuse de ces pays peut constituer un atout pour leur développement, et non une charge, à condition que la mortalité et la fécondité décroissent assez rapidement. Comme il a été vu en 2.3, pour les pays dits « émergents », la diminution ou la stabilisation du nombre des naissances a conduit à une diminution du nombre de personnes à charge par actif, ou taux de dépendance, créant ainsi l'une des conditions nécessaires pour bénéficier d'un dividende démographique (le « premier dividende démographique », comme cela est expliqué plus bas).

## 4.2 Les transferts intergénérationnels et le dividende démographique

Selon plusieurs travaux économétriques, les relations entre la croissance démographique et la croissance économique ont longtemps été jugées peu robustes<sup>85</sup>. Ces résultats, obtenus à partir de données anciennes, antérieures à la baisse rapide de la fécondité dans les pays émergents et à leur décollage économique, expliquent en partie la faible mobilisation des gouvernements et de leurs partenaires en faveur de politiques visant à réduire la fécondité, ce qui a conduit à l'adoption de politiques de population ayant des objectifs de développement très larges. Ces analyses ont cependant ignoré une variable démographique fondamentale : la structure par âge, et les modifications que celle-ci connaît au cours du processus de transition démographique.

De nombreux travaux ont récemment mis en évidence l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Un essai d'explication de l'écart entre les taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et ceux estimés pour un échantillon d'autres pays conclut ainsi que l'essentiel de cet écart s'explique par des

---

<sup>85</sup> D. Blanchet, « Croissance de la population et du produit par tête au cours de la transition démographique : un modèle malthusien peut-il rendre compte de leurs relations ? », *Population*, vol. 44, n° 3 (mai-juin 1989), p. 613-629.

facteurs démographiques<sup>86</sup>. Les auteurs de cette étude estiment ainsi à partir d'un modèle de régression pour la période 1960-2004, la contribution de 11 variables à la croissance des pays concernés. Ces variables portent sur les conditions socio-économiques, la démographie, la géographie, les chocs extérieurs, et les facteurs politiques. Les résultats obtenus indiquent que les différences entre la croissance calculée pour l'Afrique subsaharienne et celles calculées : 1) pour l'ensemble des autres pays retenus dans l'échantillon (différence de - 1,1 point) ; 2) pour divers pays d'Asie de l'Est et du Pacifique (différence de - 2,8 points) ; et 3) pour divers pays d'Asie du Sud (différence de - 1,7 point), s'expliquent principalement par des facteurs démographiques. Dans les trois comparaisons, les taux de dépendance élevés en Afrique subsaharienne expliquent entre 40 % et 60 % de ces différences. Vient ensuite, à un niveau également très élevé, la faiblesse des espérances de vie en Afrique subsaharienne. L'analyse par période (1960-1974, 1975-1994, 1995-2004) et par pays confirme le fort impact négatif de ces deux facteurs pour la croissance économique. Cela se vérifie également dans le cas de la RDC. Les auteurs concluent qu'il convient donc, entre autres, de chercher à accélérer la transition démographique à travers des programmes de planification familiale, et d'améliorer la qualité du capital humain.

Ces nouvelles approches, qui intègrent donc la dimension âge, s'appuient également sur la prise en compte des solidarités intergénérationnelles qui existent dans toute société, pour expliquer l'impact des changements de structure par âge sur le développement économique au cours de la transition démographique<sup>87</sup>.

L'un des articles sur le sujet explique ainsi que la baisse de la mortalité, surtout celle des enfants, conduit dans un premier temps à de fortes augmentations des naissances et des effectifs de jeunes. Puis, lorsque la fécondité commence à baisser, le nombre de naissances croît moins vite, se stabilise ou décroît : « il y a donc moins de jeunes bouches à nourrir »<sup>88</sup>. Parallèlement, la population active augmente plus vite que le nombre de personnes qu'elle fait vivre : « Toutes choses égales par ailleurs, le revenu par habitant augmente lui aussi plus rapidement ». Les actifs, plus nombreux, sont alors en mesure de réduire, de même que les gouvernements, leurs dépenses en faveur des enfants, ce qui libère des ressources pour l'investissement dans le développement économique et le bien-être des familles. Cette période de baisse continue des taux de dépendance ouvre une première fenêtre d'opportunité qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut se prolonger pendant cinq décennies, jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite.

Avec l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses nées pendant la période de l'explosion démographique, la population vieillit, et ce vieillissement est accentué par l'allongement de la durée de la vie après 60 ans du fait d'une meilleure prévention et d'un traitement plus efficace des maladies non-transmissibles (accidents cardio-vasculaires, diabète, cancers). Toutes choses égales par ailleurs, le revenu par habitant s'accroît moins vite, et le premier dividende démographique devient négatif. Mais un « second dividende démographique » est envisageable. En effet, ces nouveaux « séniors », qui ont de fortes chances de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incités à épargner et à accumuler des actifs : épargne, biens divers, etc. (sauf s'ils pensent que la famille ou l'État pourvoient à leurs besoins). Si les actifs des séniors sont investis dans l'économie, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national. En fait, avec des séniors en meilleure santé que par le passé, donc constituant une charge moindre pour la société, et parallèlement le développement de ce qu'on appelle la « *Silver economy* », le vieillissement de la population peut être un nouveau levier de développement pour les pays concernés. En résumé, le premier dividende démographique apporte un avantage qui peut durer une cinquantaine d'années, et aider le pays à « décoller », et le second dividende démographique peut favoriser une accumulation continue d'actifs, susceptible de conduire à un développement durable.

Ces deux dividendes, dont les effets peuvent se chevaucher, ont eu des effets positifs entre 1970 et 2000 sur la croissance de la plupart des régions en développement, sauf en Afrique subsaharienne parce que les taux de dépendance y sont restés très élevés. Ces effets positifs ont été

<sup>86</sup> B. J. Ndulu, *et al.*, *Challenges of African growth: Opportunities, Constraints, and Strategic Directions*, Washington, D.C., Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale, 2007, 205 p. Voir en particulier les p. 79-97, 88 et 94 pour les données sur la RDC, ainsi que les p. 106-116. Disponible en ligne : [http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/AFR\\_Growth\\_Advance\\_Edition.pdf](http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/AFR_Growth_Advance_Edition.pdf).

<sup>87</sup> D. E. Bloom et D. Canning, « Booms, replis et échos », *Finances & Développement* (septembre 2006), p. 8-13. Disponible en ligne : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/Bloom.pdf>.

<sup>88</sup> R. Lee et A. Mason, « Les dividendes de l'évolution démographique », *Finances & Développement* (septembre 2006), p. 16-17. Disponible en ligne : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/basics.pdf>.

particulièrement importants en Asie de l'Est et du Sud-est où la contribution des deux dividendes démographiques à la croissance effective du PIB réel de cette sous-région a été estimée à 1,90 point de croissance, soit 44 % des 4,3 % par an de croissance observés en moyenne entre 1970 et 2000.

Cependant, la contribution du premier dividende démographique à la croissance n'est pas automatique. Elle dépend de plusieurs conditions, elles-mêmes liées à la mise en place de politiques appropriées et d'un environnement politique et institutionnel adéquat. L'analyse des expériences en Asie de l'Est<sup>89</sup> et ailleurs soulignent à ce sujet l'importance de plusieurs facteurs, dont en particulier : 1) une baisse rapide de la fécondité, condition initiale nécessaire à la diminution des taux de dépendance ; 2) la qualité du capital humain ; 3) une épargne importante et des investissements judicieusement choisis ; 4) la capacité du pays à créer un nombre suffisant d'emplois rémunérateurs, notamment pour les jeunes ; 5) l'effectivité des garanties juridiques et institutionnelles permettant aux acteurs économiques d'opérer dans des conditions satisfaisantes.

Dans le cas des pays d'Afrique subsaharienne, la croissance rapide de la main-d'œuvre ne deviendra en effet un avantage que si elle est accompagnée de la création d'un nombre suffisant d'emplois et d'une augmentation de la productivité. Faute de quoi, cette main-d'œuvre nombreuse et plus éduquée, risque d'être inemployée et de devenir une charge pour la société et un facteur de troubles sociaux. Un article récent fait ainsi le lien entre l'importance des jeunes et la violence politique<sup>90</sup>. De manière similaire, l'augmentation de l'épargne rendue possible par l'allègement des dépenses en direction des enfants ne se traduira par une augmentation des investissements que si l'inflation est maîtrisée, la situation politique stable, et si les institutions politiques et judiciaires sont fiables.

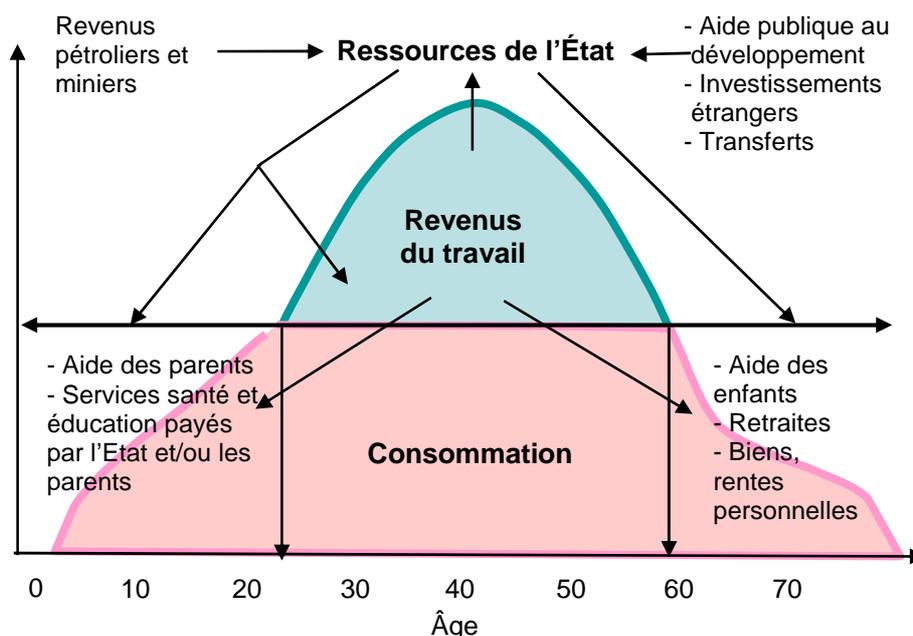
Le montant des dividendes démographiques dépend du niveau de production et de consommation de la population à chaque âge. En effet, dans chaque société, c'est à travers les transferts qui s'opèrent entre ceux qui travaillent et qui consomment moins que ce qu'ils produisent (les actifs réels), et ceux qui consomment plus que ce qu'ils produisent (les enfants, les jeunes et les personnes d'un certain âge), que l'on explique l'impact des structures par âge sur l'économie et la possibilité de bénéficier du premier, puis de second dividende démographique (figure 4.2.1).

---

<sup>89</sup> A. Mason, « Capitalizing on the Demographic Dividend », *Population and Poverty - Achieving Equity, Equality and Sustainability*, New York, FNUAP, 2003, p. 39-48, « PDS Series », n° 8. Disponible en ligne : [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population\\_poverty.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population_poverty.pdf).

<sup>90</sup> H. Urdal, *A clash of generations? Youth bulges and political violence*, document technique n° 2012/1, New York, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2012, 20 p. Disponible en ligne : [http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/Urdal\\_Expert%20Paper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/Urdal_Expert%20Paper.pdf).

Figure 4.2.1 : Schéma du cycle de vie économique et des transferts correspondants



Source : adapté de National Transfer Accounts 2012 : Understanding the generational economy, *Consumption and Labor Income Profiles Release - Consumption and Labor Income profiles for 23 NTA countries*. Disponible en ligne :

<http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Consumption%20and%20Labor%20Income%20Profiles%20Release>.

Les situations sont très variables selon les pays, dépendant de l'importance ou non du travail des enfants, de la productivité des actifs, de la poursuite de l'activité à un âge avancé, des lois à ce sujet, et aussi, bien sûr, de la structure par âge des pays. Schématiquement, on peut retenir ceci : côté revenus des actifs, ceux-ci dépendent de plusieurs facteurs, tels que la productivité des adultes, qui est fonction de leurs niveaux d'éducation et de formation, le fonctionnement du marché du travail (taux d'occupation et taux de chômage), le nombre moyen d'enfants par famille, et la législation en la matière (existence ou non d'allocations familiales encourageant la natalité, de congés parentaux plus ou moins longs), etc. Côté consommation et prise en charge des inactifs, certains pays comme ceux de l'Asie de l'Est, consacrent une part importante de leurs ressources aux dépenses d'éducation pour les enfants, tandis que d'autres, comme les États-Unis et les pays européens, consacrent une part importante de leurs ressources non seulement à l'éducation, mais aussi à la santé des personnes âgées. Les charges correspondantes pour l'État dépendent à la fois de ses ressources (d'origines très diverses selon les pays), de l'importance du secteur public en matière d'éducation et de santé, et des régimes publics de retraite. Dans nombre de pays, y compris dans les pays en développement, le secteur privé en matière d'éducation et de santé tend à se développer du fait des carences réelles ou supposées du secteur public. Concernant le soutien aux personnes âgées, dans les pays en développement, celles-ci sont soutenues le plus souvent par leur famille, et accessoirement par le secteur public, mais certaines personnes âgées peuvent aussi avoir accumulé des actifs pendant leurs années de travail (logement, pensions privées, et épargne personnelle). Dans les pays développés, les revenus des personnes âgées (dont la proportion est importante) proviennent généralement de systèmes de retraites publics, mais souvent, également, d'actifs accumulés au cours de leur vie, ce qui peut leur procurer des revenus conséquents leur permettant au besoin d'aider leurs enfants ou petits-enfants.

Le projet *National Transfer Accounts* (NTA) a développé pour un certain nombre de pays, un système permettant de mesurer les flux économiques entre les groupes d'âge d'une manière qui soit compatible avec les comptes économiques nationaux. Ce projet concerne aujourd'hui 43 pays<sup>91</sup>, dont 15 pays dits développés et 28 pays en développement, émergents ou autres, parmi lesquels 7 pays d'Afrique subsaharienne (l'Afrique du Sud, le Bénin, le Ghana, le Kenya, le Mozambique, le Nigéria, et le Sénégal). Ce système permet de mesurer la façon dont chaque groupe d'âge produit, consomme,

<sup>91</sup> National Transfer Accounts 2013 : Understanding the generational economy. Disponible en ligne : <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show>.

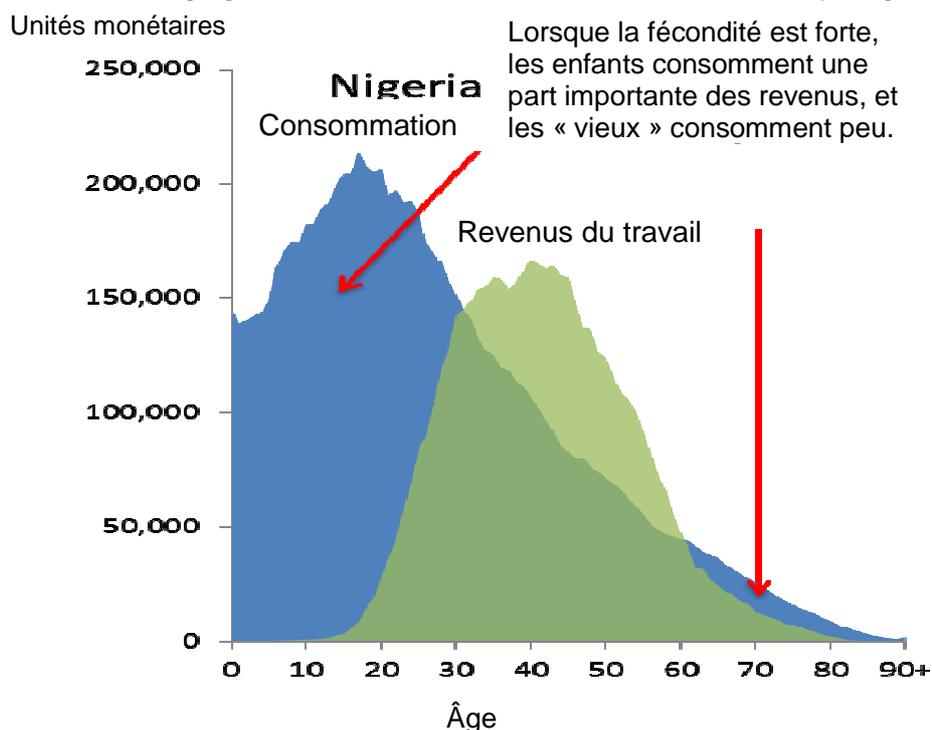
partage et épargne. Deux types de flux ont été distingués : les transferts entre groupes d'âge, et l'utilisation des actifs accumulés au cours de la vie.

Dans le cadre de ce projet, des profils de consommation et de revenus d'activité ont été réalisés dans 23 pays, dont 5 pays d'Afrique subsaharienne : le Kenya, le Nigéria, le Sénégal, le Mozambique et l'Afrique du Sud. Dans tous les pays, il apparaît que la consommation dépasse le revenu du travail pendant deux périodes de vie, ce qui ne laisse qu'une trentaine d'années pendant laquelle les individus produisent plus qu'ils ne consomment. Ce résultat est remarquablement similaire pour l'ensemble des pays étudiés qui, pourtant, sont à des stades très différents de développement économique<sup>92</sup>. Cette période de « surplus de revenus sur la consommation » d'une trentaine d'années conduit à des ratios de support (nombre d'« actifs effectifs » par dépendant) beaucoup plus faibles que ceux obtenus en considérant les « actifs potentiels », c'est-à-dire les 15-64 ans, ou les 20-64 ans, comme on le fait souvent.

Ainsi, l'âge moyen auquel les individus deviennent des producteurs nets (c'est-à-dire produisent plus qu'ils ne consomment) était estimé en 2004 à 35 ans au Sénégal, et à 32 ans au Nigéria. Et l'âge moyen auquel ils redeviennent des consommateurs nets était estimé à 60 ans au Sénégal et à 62 ans au Nigéria.

La comparaison entre les profils obtenus pour le Nigéria en 2004 et l'Allemagne en 2003 donne une idée « saisissante » des différences existant entre un pays « jeune », le Nigéria, dont la fécondité en 2005-2010 était de 6,0 enfants par femme, et un pays « vieux », l'Allemagne où la fécondité était de 1,4 enfant par femme (figures 4.2.2 et 4.2.3).

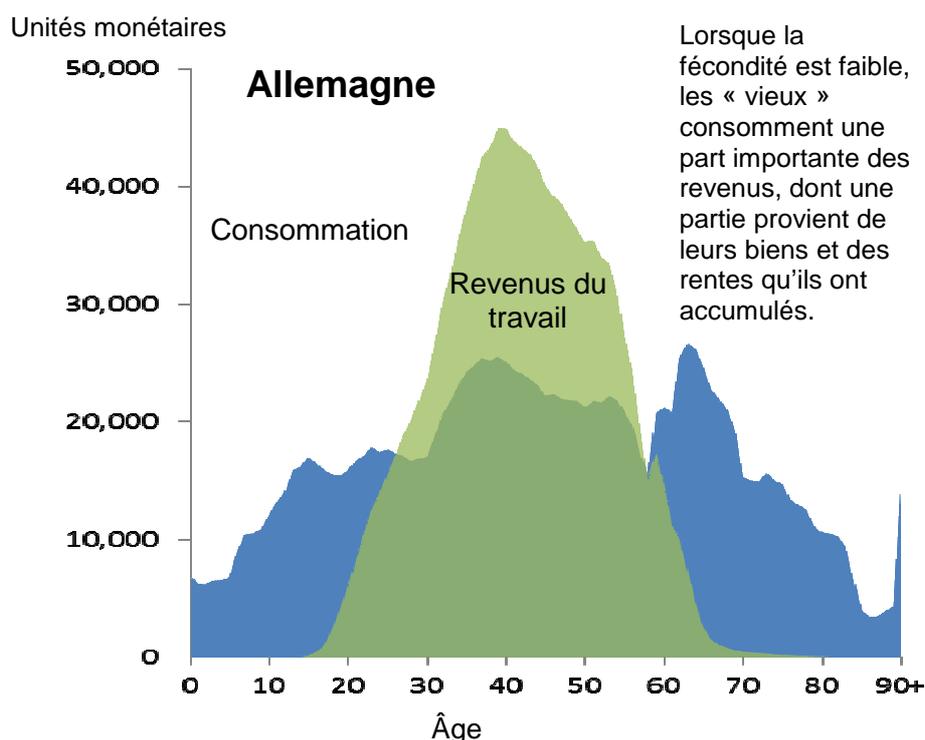
Figure 4.2.2 : Montants agrégés des revenus du travail et de la consommation par âge, Nigéria 2004



Source : Ronald Lee et Andrew Mason, auteurs principaux et rédacteurs, *Population aging and the generational economy: A global perspective*, p. 452 ; voir aussi : <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Consumption%20and%20Labor%20Income%20Profiles%20Release>.

<sup>92</sup> Voir la liste des réunions NTA, en ligne : <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings>. Voir NTA Conference on Population and the Generational Economy, Honolulu, 11-12 juin 2010. Disponible en ligne : <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings/NTA%20Conference>.

Figure 4.2.3 : Montants agrégés des revenus du travail et de la consommation par âge, Allemagne 2003



Source : National Transfer Accounts 2011: Data Sheet, Ronald Lee et Andrew Mason, auteurs principaux et rédacteurs, *Population aging and the generational economy: A global perspective*, p. 452 ; voir aussi : <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Consumption%20and%20Labor%20Income%20Profiles%20Release>.

Dans le cas du Nigéria, les jeunes, du fait de leur importance numérique et de leurs besoins, notamment en éducation (les moins de 25 ans représentaient 63 % de la population totale en 2010) consomment une part très importante des revenus produits par les actifs. Par contre, les « vieux », peu nombreux (les 60 ans et plus représentent 4,5 % de la population), consomment globalement peu. Dans le cas de l'Allemagne, où les personnes de 60 ans et plus étaient plus nombreuses en 2010 que les personnes de moins de 25 ans (26 % contre 25 %), les « vieux » consomment une part importante des revenus. Mais, à la différence des jeunes, ils bénéficient souvent, outre leur retraite, de l'usage de biens immobiliers et de rentes accumulés durant leur vie active. On notera que malgré l'importance relative de sa population âgée de 60 ans et plus, l'Allemagne, avec ses 83 millions d'habitants en 2010 (contre 160 millions pour le Nigéria) était en 2012 la quatrième économie mondiale après celle du Japon, autre pays « vieux ». La Chine, pays vieillissant, était en deuxième position, et les États Unis en première position. L'économie du Nigéria se classait à la 27<sup>e</sup> place parmi les 185 pays pour lesquels des données sont disponibles (et la RDC à la 119<sup>e</sup> place).

### 4.3 La RDC peut-elle bénéficier du dividende démographique ?

Les divers modèles utilisés jusqu'ici pour mettre en évidence la réalité du dividende démographique diffèrent quelque peu quant aux variables utilisées, mais mettent tous en évidence l'impact positif de la diminution des taux de dépendance sur la croissance économique.

Compte tenu de l'amorce très récente de la baisse de la fécondité et des retards de développement dans les pays d'Afrique subsaharienne, la question a été posée de savoir si ces pays étaient en mesure de « bénéficier du dividende démographique »<sup>93</sup>. L'étude faite à ce sujet en 2007 a porté sur une centaine de pays, dont un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne, et s'est appuyée sur un modèle de régression prenant en compte la croissance du pourcentage de la population des 15-64

<sup>93</sup> D. E. Bloom, *et al.*, « Realizing the Demographic Dividend: Is Africa any different? », *Program on the Global Demography of Aging*, Université de Harvard, mai 2007, 23 p. Document de travail n° 23. Disponible en ligne : [http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2007/pgda\\_wp23\\_2007.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2007/pgda_wp23_2007.pdf).

ans ainsi que diverses variables socio-économiques (niveau et croissance du PIB par tête, niveau d'éducation, espérance de vie à la naissance, etc.) et institutionnelles (gouvernance, environnement des affaires, ouverture du pays sur l'extérieur, etc.). Les résultats obtenus soulignent l'impact positif que peut avoir sur la croissance économique l'augmentation prévisible en Afrique subsaharienne du pourcentage de la population en âge de travailler, c'est-à-dire ici les 15-64 ans, à condition, cependant, que l'environnement institutionnel soit favorable. Après examen des données disponibles pour 32 pays d'Afrique subsaharienne, dont la RDC, les auteurs concluaient ensuite que cinq pays, à savoir le Ghana, la Côte d'Ivoire, le Malawi, le Mozambique et la Namibie, étaient en position de bénéficier du premier dividende démographique dans les 20 prochaines années, c'est-à-dire vers 2030. Ils indiquaient également que si le Sénégal, le Cameroun, la Tanzanie, le Togo et le Nigéria allaient connaître, comme les pays précédents, une forte croissance du pourcentage de leur population en âge de travailler, les problèmes ou défaillances de nature institutionnelle qu'ils connaissaient ne leur permettaient pas d'envisager de bénéficier prochainement du dividende démographique. Enfin, la persistance de taux de dépendance élevés et d'un environnement institutionnel déficient excluait, selon les auteurs, les autres pays considérés (dont la RDC) du bénéfice proche du premier dividende démographique.

Une étude de 2013 refait le point sur la question<sup>94</sup>. Elle classe la RDC parmi les 27 pays, sur les 41 étudiés, dont le niveau de fécondité reste élevé. Il n'est pas possible dans ces conditions, de savoir à quel moment la transition de la fécondité sera suffisamment avancée en RDC pour que celle-ci puisse éventuellement commencer à bénéficier du premier dividende démographique.

Enfin, une étude du Fonds monétaire international publiée en août 2014 essaie d'aller plus loin dans la quantification du dividende démographique<sup>95</sup>. Cette étude s'appuie elle aussi sur des comparaisons entre les grandes régions du monde entre 1965 et 2010 ainsi que sur un bref examen de la situation de chaque pays d'Afrique subsaharienne. Le modèle utilisé s'inspire des modèles précédents, mais avec quelques modifications, les variables retenues n'étant pas exactement les mêmes (la qualité de l'environnement institutionnel, en particulier, n'est pas prise en compte).

Les principaux résultats obtenus confirment l'impact positif de l'augmentation du pourcentage de la population en âge de travailler, et donc de la diminution des taux de dépendance, sur la croissance économique. Les auteurs estiment ainsi qu'une augmentation d'un point de pourcentage de la population en âge de travailler de 15 à 64 ans augmente la croissance du PIB réel par habitant de 0,5 point de pourcentage en moyenne (avec cependant des variations selon les régions). Il apparaît également que plus l'augmentation du pourcentage de la population en âge de travailler est rapide (c'est-à-dire plus la baisse de la fécondité est rapide), plus le bénéfice du dividende démographique interviendra tôt, et plus il sera important. Les résultats confirment aussi l'importance des investissements dans le capital humain, et des niveaux d'éducation élevés permettant de bénéficier d'un dividende démographique plus élevé.

L'étude estime ensuite le montant du dividende démographique que l'Afrique peut espérer entre 2010 et 2100 en comparant, pour un pays africain « moyen », deux scénarios d'évolution du PIB par tête, le premier, en l'absence de transition démographique, et le second, avec transition démographique. Le premier scénario suppose que le pourcentage de la population des 15-64 ans reste constant autour de 50 %, tandis que le second scénario suppose qu'il s'accroît jusqu'à 65 % dans les années 2090, conformément à la projection moyenne des Nations Unies, de baisse de la fécondité. Le PIB de départ par tête, pour le pays africain « moyen » en question en 2010, est estimé à 560 dollars US 2005 constants, ce qui correspond à la valeur médiane des PIB par tête des pays de la région à cette date. Les résultats obtenus sont présentés à la figure 4.3.1. Ils donnent un PIB par tête d'environ 2500 dollars US 2005 en 2100, selon l'hypothèse sans transition démographique, et d'environ 3850 dollars US 2005 selon l'hypothèse avec transition démographique. Le dividende démographique pourrait donc être, selon les auteurs, d'environ 1350 dollars US 2005, et correspond à un PIB par tête supérieur de 56 % à celui de l'hypothèse sans transition démographique. Il est à noter que le dividende

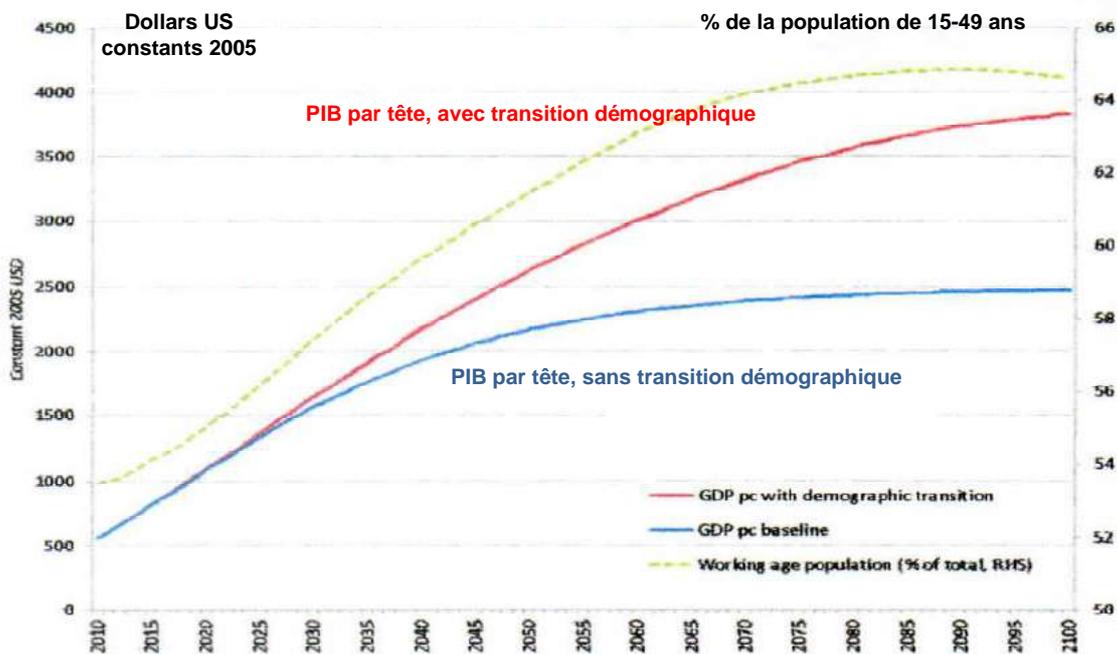
---

<sup>94</sup> Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, Commission de l'Union Africaine, Groupe de la Banque africaine de développement, *Creating and Capitalizing on the Demographic Dividend for Africa*, 44 p. Étude présentée lors du colloque « Industrialization for an Emerging Africa », Abidjan (Côte d'Ivoire), 21-26 mars 2013. Disponible en ligne : <http://gatesinstitute.org/sites/default/files/Issues Paper - Creating and Capitalizing on the Demographic Dividend for Africa En.pdf>.

<sup>95</sup> Paulo Drummond, Vimal Thakoor et Shu Yu, *Africa Rising: Harnessing the Demographic Dividend*, document de travail n° 14/143, Fonds monétaire international, août 2014, 22 p. Disponible en ligne : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2014/wp14143.pdf>.

démographique est insignifiant jusqu'en 2030, et que sa valeur ne s'accélère vraiment qu'à partir des années 2050 ou 2060.

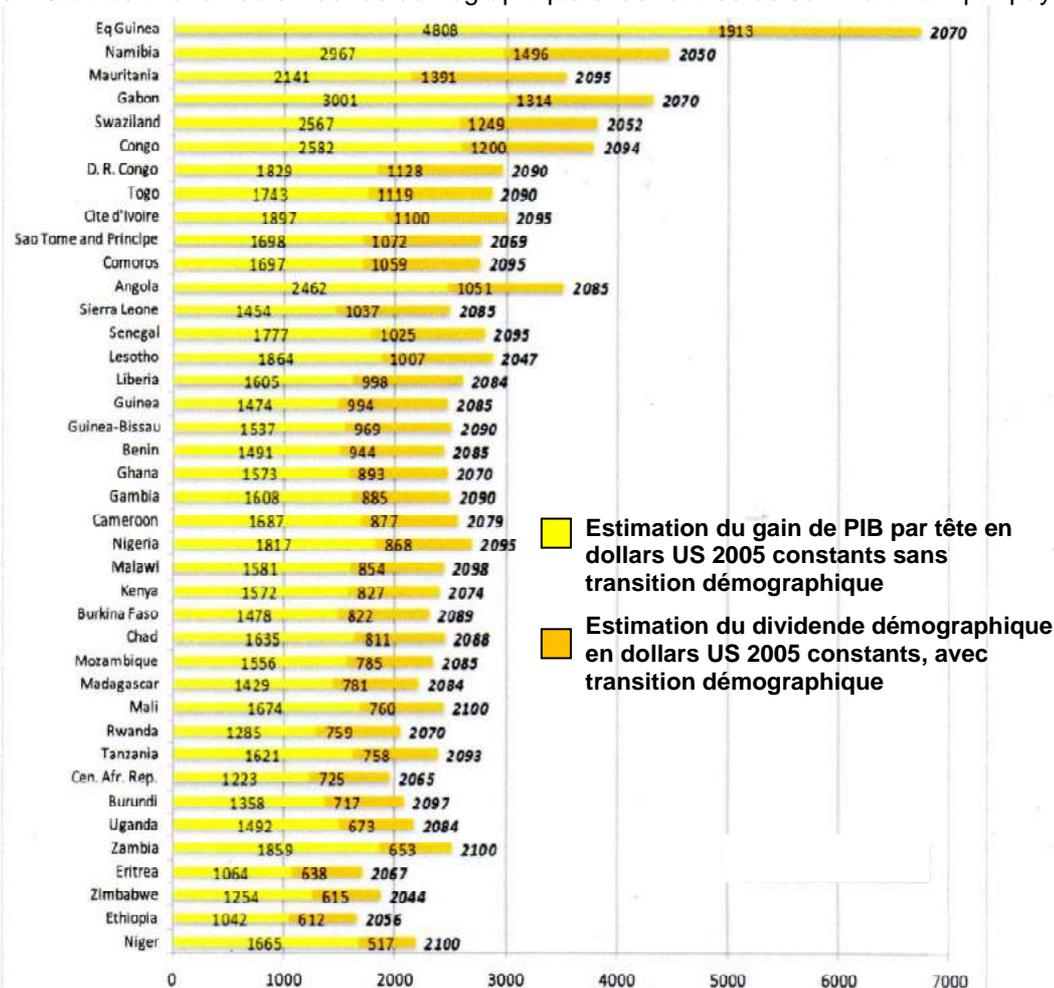
Figure 4.3.1 : Évolutions du PIB par tête dans un pays africain « moyen », selon deux hypothèses : sans transition démographique, et avec transition démographique, 2010-2100



Source : Paulo Drummond, Vimal Thakoor et Shu Yu, *Africa Rising: Harnessing the Demographic Dividend*, document de travail n° 14/143, Fonds monétaire international, août 2014, 22 p. Disponible en ligne : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2014/wp14143.pdf>.

Des estimations beaucoup plus approximatives du montant du dividende démographique que chaque pays peut escompter sont présentées à la figure 4.3.2. Il est à noter, tout d'abord, que l'année où le pourcentage des 15-64 ans atteint son maximum, qui est l'année où le dividende atteint lui aussi son maximum, varie d'un pays à l'autre. Mais, pour la majorité des pays, ce maximum ne serait atteint, selon l'hypothèse moyenne des Nations Unies retenue ici, que dans les années 2080 ou 2090, voire après 2100. Pour la RDC, le maximum serait atteint en 2090, avec une augmentation du PIB par tête estimée à environ 3000 dollars US 2005 (contre 252 en 2010), dont 1830 dollars US 2005 selon l'hypothèse sans transition démographique, et 1130 dollars selon l'hypothèse avec transition démographique. Ce dividende démographique conduit donc en 2100 non seulement à un PIB par tête supérieur de 62 % à celui obtenu avec l'hypothèse sans transition démographique, mais il permet aussi une trajectoire de croissance nettement plus dynamique à partir des années 2050-2060, tel que suggéré à la figure 4.3.1.

Figure 4.3.2 : Estimation du dividende démographique et de l'année de son maximum par pays



Source : Paulo Drummond, Vimal Thakoor et Shu Yu, *Africa Rising: Harnessing the Demographic Dividend*, document de travail n° 14/143, Fonds monétaire international, août 2014, 22 p. Disponible en ligne : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2014/wp14143.pdf>.

Il est cependant également possible d'envisager pour la RDC à l'horizon 2100 ou 2050 d'autres hypothèses d'évolution démographique que celle selon l'hypothèse moyenne des Nations Unies. Comme il a été vu en 2.2, l'hypothèse de diffusion très rapide de la contraception, ou hypothèse démographique basse, conduit à un pourcentage des 15-64 ans dans la population totale de 66,6 % en 2050. Ce pourcentage correspond à un taux de dépendance de 50 personnes de moins de 15 ans et de 65 ans et plus, pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans, ou, à l'inverse, de deux « actifs potentiels » de 15-64 ans par dépendant, ce qui constitue des ratios très favorables, comparables à ceux observés dans les pays émergents. Toutefois, ces ratios supposent une baisse rapide de la fécondité de 6,2 enfants par femme en moyenne en 2014 à 2,2 enfants par femme en 2050. Selon les deux autres hypothèses, de diffusion rapide et de diffusion lente de la contraception, le pourcentage des 15-64 ans dans la population totale en 2050 reste faible (62 % et 57 % respectivement), et les taux de dépendance restent élevés (62 et 77 respectivement), ce qui signifie dans les deux cas que les conditions démographiques pour bénéficier du dividende avant 2050 ne sont pas remplies.

Que faut-il conclure ? Il n'y a pas de raison a priori empêchant la RDC de bénéficier un jour du dividende démographique. Mais il faut retenir aussi la conclusion de l'étude de l'Institut de Berlin de 2011, selon laquelle aucun pays n'a pu se développer sans qu'il y ait eu parallèlement une baisse de la fécondité. Certes, l'ambition de peupler le territoire de la RDC est une ambition légitime, qui se réalisera de toute façon dans un avenir plus ou moins proche. La question demeure cependant de savoir sous quelles conditions et dans quels délais. Tel qu'indiqué en 2.3, la population de la RDC va continuer à s'accroître d'ici 2050, quelles que soient les hypothèses retenues. Elle devrait se situer entre 140, 160 et 185 millions, selon l'hypothèse considérée. Ces résultats sont voisins de ceux donnés dans la révision 2012 des projections de la Division de la population des Nations Unies, et ils correspondent pour l'hypothèse moyenne à environ 3 enfants par femme vers 2050. Après 2050, les projections des Nations Unies indiquent que si la fécondité était de 2 enfants par femme en moyenne vers 2100, la population de la RDC pourrait alors être de 262 millions, voire de 380 millions si la

fécondité était de 2,5 enfants par femme. En revanche, si la fécondité restait de 6,0 enfants par femme jusqu'en 2100, la population de la RDC pourrait alors être de 1,2 milliard. Au-delà de ces chiffres de population, il faut savoir que le rythme des investissements démographiques importants qu'il faudra consentir de toute façon est très différent selon les hypothèses considérées.

Une prise de conscience à tous les niveaux de la société des enjeux associés au développement du pays, et parmi ceux-ci de la dimension démographique du développement, apparaît donc nécessaire<sup>96</sup>. En effet, pour que la RDC puisse être en mesure de faire de sa nombreuse jeunesse un atout pour son développement, et construire un développement durable, il convient d'agir simultanément sur les cinq leviers nécessaires pour bénéficier du premier dividende démographique, à savoir :

- 1) L'accélération de la transition démographique, condition nécessaire à la diminution des taux de dépendance actuels élevés qui pèsent sur le développement ;
- 2) L'amélioration du capital humain, en assurant à l'ensemble de la population des soins et des services de qualité acceptable et en quantité suffisante ;
- 3) L'augmentation de l'épargne et des investissements dans des activités créatrices de valeur ajoutée et d'emplois ;
- 4) La capacité du pays à créer un nombre suffisant d'emplois, notamment pour les jeunes, et à accroître la productivité du travail, et par là, les rémunérations ; et
- 5) L'effectivité de garanties juridiques et institutionnelles permettant aux acteurs économiques d'opérer dans des conditions satisfaisantes, c'est-à-dire une bonne gouvernance.

Parmi ces cinq leviers, l'amélioration du capital humain a reçu ces dernières années une attention importante et des investissements majeurs, mais les retours sur investissement ne sont pas encore à la hauteur des espérances. Des efforts ont également porté sur la gouvernance, mais ils restent insuffisants. En revanche, les trois autres leviers n'ont reçu jusqu'ici qu'une attention limitée, d'où des résultats décevants. Ainsi, concernant la dynamique démographique, malgré les bonnes intentions affichées (marquées, par exemple, par l'adoption d'une *Politique de Population* en 2008), peu d'actions ont été menées, d'où la persistance d'une fécondité élevée. Il faut noter cependant l'engagement public du Gouvernement congolais, exprimé dans le cadre de l'initiative « Family Planning 2020 » lors de la *Conférence sur la Planification Familiale* d'Addis-Abeba de novembre 2013, d'augmenter la prévalence de la contraception de 5,4 % en 2010 à 19 % en 2020, conformément au *Plan Stratégique National de Planification Familiale* qu'il a adopté en janvier 2014<sup>97</sup>).

---

<sup>96</sup> J.-P. Guengant et L. Stührenberg, « Poser la question de la démographie en Afrique de l'Ouest », *Grain de Sel*, n° 59-62 (2013), p. 45-46.

<sup>97</sup> [http://www.familyplanning2020.org/component/ml\\_commitments/commitment/37](http://www.familyplanning2020.org/component/ml_commitments/commitment/37).



## 5. Les politiques publiques de la RDC face aux défis démographiques<sup>98</sup>

### 5.1 Les politiques de population

Selon les 4 enquêtes (1986, 1996, 2005 et 2013) réalisées par la Division de la population des Nations Unies sur les opinions et priorités d'interventions des gouvernements en matière de population, la RDC a toujours considéré la croissance de la population congolaise comme satisfaisante et ne nécessitant pas d'intervention particulière. Parallèlement, elle a également toujours considéré ses niveaux de mortalité comme trop élevés et inacceptables<sup>99</sup>. Les réponses données à l'enquête de 2013 indiquent cependant que les autorités commencent à considérer les niveaux de fécondité comme étant trop élevés, et en particulier les niveaux de fécondité des adolescentes. Cela dit, le Gouvernement apporte depuis longtemps un soutien, qui a d'abord été indirect, puis direct, aux activités en matière de planification familiale.

Après la réalisation du premier *Recensement Scientifique de la Population* en 1984, l'INS a régulièrement produit des estimations sur l'évolution de la population congolaise. Les premières projections élaborées par l'INS ont couvert la période 1984-2000. Elles ont été suivies de projections couvrant les années 2001-2005, puis 2006-2010, et enfin 2011-2015 (voir 1.1). Les projections des Nations Unies à plus long terme semblent avoir peu été utilisées localement, sauf par les partenaires au développement.

La première prise de conscience de l'importance des questions de population pour le développement remonte à la *Conférence internationale sur la population*, qui s'est tenue en 1974 à Bucarest. Ce n'est cependant qu'en 1987, que la RDC, alors Zaïre, a élaboré son premier document de politique nationale de population, fondé sur les principes généraux suivants : (i) la reconnaissance des êtres humains en tant que principaux bénéficiaires du développement ; (ii) la promotion du programme des naissances désirées ; et (iii) l'application de l'approche genre. Ce projet s'articulait autour des 4 axes principaux suivants :

1. L'amélioration du bien être social par une meilleure intégration des variables démographiques dans le processus de développement et la réhabilitation des valeurs morales ;
2. L'occupation équilibrée de l'espace et la réduction des disparités régionales ;
3. La sauvegarde de l'environnement ;
4. L'information, l'éducation et la communication.

L'objectif général poursuivi était de contribuer à l'amélioration des conditions de vie et de la qualité de vie du peuple congolais, par la réalisation d'un équilibre rationnel entre la croissance démographique, la croissance économique et l'environnement. Des objectifs de réduction de la mortalité infantile et maternelle, et d'amélioration de la couverture de services de protection maternelle ont été retenus. La structure de coordination prévue dans le cadre de cette politique, le CONAPO (Comité National de la Population) a été mise en place et a commencé à fonctionner timidement. Mais le processus n'a pas pu aboutir, à cause d'une faible appropriation politique, et ce premier projet de politique nationale de population n'a jamais été approuvé.

En 2007, dans un contexte plus favorable au niveau international et national (adoption des OMD en 2000, élections réussies en RDC puis avènement de la 3<sup>e</sup> République), un nouveau document de Politique de Population a été élaboré, et en 2008, une *Déclaration de Politique Nationale de Population*, préfacée par le Ministre du Plan de l'époque a finalement été publiée<sup>100</sup>. Cette Déclaration n'a cependant jamais été soumise au Parlement pour adoption. La *Déclaration de Politique Nationale de Population* de 2008, met à nouveau l'accent sur la nécessité d'intégrer la variable population dans les cadres nationaux de développement, et retient 7 objectifs généraux :

1. Contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en particulier la santé reproductive ;
2. Contribuer au renforcement des capacités des ressources humaines ;

<sup>98</sup> Cette partie s'appuie sur le travail d'analyse de nombreux documents réalisé en RDC par Nicaise Mavula Banda et José Mangalu Mobhe Agbada.

<sup>99</sup> Voir « Democratic Republic of the Congo - Government Views and Policies », p. 238, dans Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, *World Population Policies 2013*, New York, Nations Unies, 2013, 542 p. Disponible en ligne : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WPP2013/wpp2013.pdf#zoom=100>.

<sup>100</sup> République Démocratique du Congo, Ministère du Plan, Comité National de Population, *Déclaration de Politique Nationale de Population*, Kinshasa, 2008 65 p.

3. Assurer une occupation rationnelle de l'espace et une meilleure gestion de l'environnement ;
4. Assurer la parité homme-femme et la protection de la femme et de la famille ;
5. Assurer la protection sociale de la population et l'intégration des groupes vulnérables ;
6. Promouvoir la prise en compte des questions de population et de genre dans la planification du développement durable ;
7. Assurer une coordination et un suivi-évaluation efficace de la mise en œuvre de la *Politique Nationale de Population* et du *Plan d'Action*.

A chacun de ces objectifs sont attachés divers objectifs spécifiques. Concernant par exemple la santé et la santé reproductive, les objectifs spécifiques retenus sont les suivants :

1. Réduire de moitié le taux de mortalité maternelle d'ici 2015 ;
2. Réduire de moitié le taux de mortalité infantile d'ici 2015 ;
3. Stabiliser et inverser la tendance actuelle de la prévalence du VIH/sida et des IST ;
4. Réduire le taux de morbidité lié aux maladies endémiques ;
5. Accroître de 4,6 % à 15 % la prévalence contraceptive ;
6. Accroître l'accès aux services de santé notamment les services de santé reproductive pour les jeunes et adolescents ;
7. Accroître le nombre de zones de santé fonctionnelles ;
8. Promouvoir la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

La *Déclaration de Politique Nationale de Population* de 2008, accorde également une place importante aux structures de coordination et de suivi et évaluation du programme envisagé. Ces structures sont prévues aux niveaux national et provincial aussi bien que local. Il s'agit :

1. Du Comité National de Population (CONAPO) ;
2. De la Direction de la Population et des Ressources Humaines (DPRH) du Ministère du Plan ;
3. Du Comité Technique Interinstitutionnel en matière de Population (CTIP) ;
4. Des Comités Provinciaux de Population (CPPO).

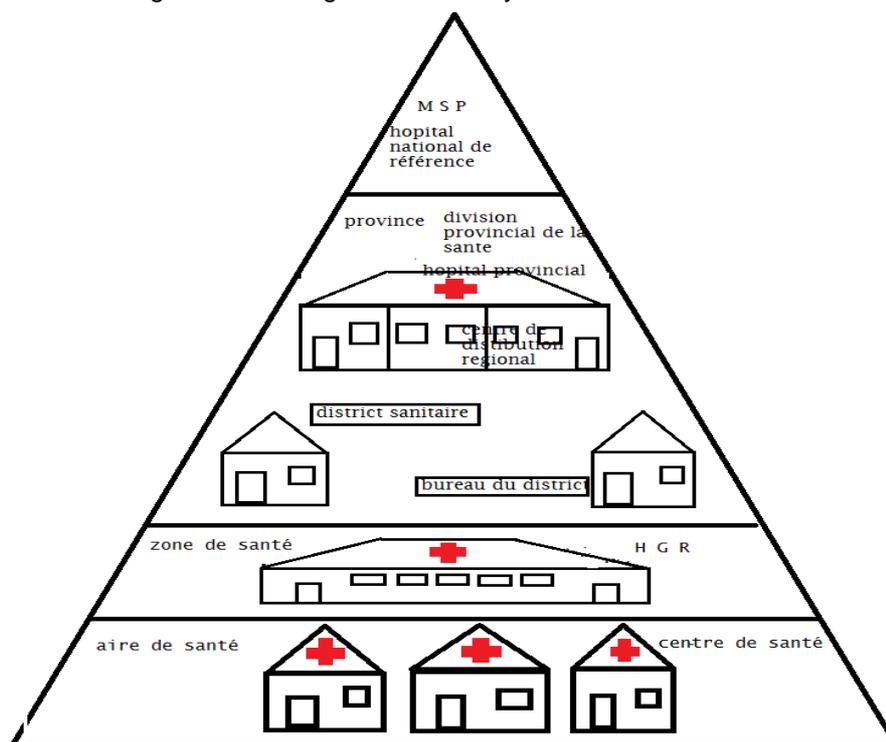
Le Comité National de Population, CONAPO, est présidé par le Ministre du Plan, secondé de deux vice-présidents : les Ministres de la Santé et de l'Intérieur. Il est l'organe consultatif du Gouvernement pour les questions de population. La Direction de la Population et des Ressources Humaines, DPRH, est l'organe technique de coordination du CONAPO. Il s'agit d'une structure administrative du Ministère du Plan, chargée de la préparation des dossiers techniques et administratifs en matière de population. Le Comité Technique Interinstitutionnel en matière de Population ou CTIP, assiste la DPRH dans sa mission de programmation et de budgétisation de l'ensemble des activités de promotion du bien être de la population. Il comprend les représentants des différents Ministères concernés par les questions de population. Enfin, les Comités Provinciaux de Population, CPPO, présidés par les gouverneurs des provinces, assurent au niveau de chaque province la coordination des questions de population, mais aussi la mise en œuvre des actions correspondantes au niveau des provinces.

La *Déclaration de Politique Nationale de Population* de 2008 constitue toujours la référence officielle du Gouvernement en la matière. Cependant, une nouvelle prise de conscience des enjeux et défis associés à la croissance démographique est en train de s'opérer en RDC, et la mise à jour de la *Déclaration* de 2008 est envisagée. Cette mise à jour pourrait éventuellement déboucher sur une nouvelle *Déclaration de Politique Nationale de Population* susceptible d'être adoptée par la Présidence, le Gouvernement et le Parlement, et d'être promulguée sous forme de loi.

## 5.2 Les politiques de santé

En RDC, la politique sanitaire est sous la responsabilité du Ministère de la Santé Publique. Cette politique est mise en œuvre à travers un système sanitaire à structure pyramidale hiérarchique dont l'unité opérationnelle est la zone de santé (figure 5.2.1). Ce système est lui-même organisé à trois niveaux : le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau opérationnel.

Figure 5.2.1 : Organisation du système de santé en RDC



Source : Ministère de la Santé Publique.

- 1.1. **Le niveau central, ou niveau politique**, est le niveau stratégique et de normalisation qui définit les grandes orientations de la politique sanitaire nationale. Les différentes structures que l'on retrouve à ce niveau sont : le Cabinet du Ministre de la Santé ; le Secrétariat Général à la Santé, dirigé par un Secrétaire général responsable de l'administration sanitaire ; les Directions centrales, chaque direction étant animée par un Directeur central ; et enfin les programmes spécialisés du Ministère, chaque programme étant animé par un Directeur de programme.
- 1.2. **Le niveau intermédiaire, ou niveau administratif**, que l'on trouve dans chaque chef lieu de province. La structure administrative correspondante comprend dans chaque province, outre le ministre provincial de la Santé : le médecin inspecteur provincial ; 13 bureaux, correspondant aux 13 directions centrales ; les coordinations provinciales des programmes spécialisés ; mais aussi des structures techniques (laboratoires provinciaux, centrales de distribution régionales, etc.) ; et des structures de deuxième référence (hôpitaux provinciaux généraux de référence). Pour des raisons de proximité avec les zones de santé, le niveau intermédiaire est complété par des bureaux de districts situés dans certains chefs lieux de districts sanitaires. Il existe au total 63 bureaux de districts sanitaires. Le district sanitaire est dirigé par un médecin inspecteur de district, et il est composé de trois cellules à savoir : a) la cellule des services généraux et études ; b) la cellule de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques ; c) la cellule des services d'hygiène. Il existe par ailleurs dans certains districts des antennes des programmes spécialisés.
- 1.3. **Le niveau opérationnel, ou zone de santé** : en 1985, le pays a été divisé en 306 zones de santé (ZS), mais ce nombre a été porté à 515 lors du découpage réalisé en 2003. Une zone de santé est un espace géographiquement limité qui ne correspond pas forcément aux limites administratives. Chaque zone de santé couvrait en principe en 2003, une population estimée à environ 100 000 habitants en milieu rural, et à environ 150 000 habitants en milieu urbain. Chaque zone de santé est chapeautée par un hôpital général de référence (HGR) qui assure notamment le paquet complémentaire d'activité (PCA). Elle est administrée par une équipe cadre de la zone de santé dirigée par un médecin chef de zone. Chaque zone de santé comprend ensuite divers centres de santé (CS) qui constituent le premier point de contact entre la population et les services de santé, et offrent le paquet minimum d'activités (PMA). Enfin, chaque centre de santé est subdivisé en aires de santé (AS) couvrant chacune une population estimée entre 5 000 et 10 000 habitants en 2003.

Le tableau 5.2.1 ci-dessous récapitule le nombre de districts sanitaires et de zones de santé pour chacune des 11 provinces du pays.

Tableau 5.2.1 : Répartition des districts sanitaires et des zones de santé par province

Province	Districts sanitaires	Zones de santé
Kinshasa	6	35
Bas-Congo	5	31
Bandundu	6	52
Équateur	8	69
Province Orientale	10	83
Nord-Kivu	4	34
Sud-Kivu	5	34
Maniema	4	18
Katanga	7	67
Kasaï Occidental	4	43
Kasaï Oriental	6	49
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>515</b>

Source : Ministère de la Santé Publique.

Suite aux États généraux de la santé (EGS) organisés en 1999, la RDC s'est dotée de plusieurs documents normatifs, notamment la *Politique Nationale de la Santé (PNS)* finalisée en 2001, mais qui n'a pas été adoptée par le Gouvernement, ainsi que d'un *Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) 2000-2009*. En raison des conflits et troubles qu'a connus le pays entre 1998 et 2002, et du manque d'un cadre opérationnel de suivi de la mise en œuvre de ce plan, ce dernier n'a pas connu une exécution optimale, n'a pas plus été considéré par le Gouvernement comme un document de référence, et n'a pas été financé.

En 2006, le Gouvernement a adopté la *Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)* comme stratégie sectorielle de réduction de la pauvreté. La *SRSS* constitue ainsi le fondement des nouvelles orientations politiques du pays en matière de santé. Le nouveau *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015*, constitue, quant à lui, l'outil de consolidation et de mise en œuvre de cette stratégie.

Le *PNDS*, adopté en mars 2010, couvre la période 2011-2015, et définit quatre axes stratégiques :

1. Le développement des zones de santé ;
2. L'appui au développement de ces zones ;
3. Le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur de santé ; et
4. Le renforcement de la collaboration intersectorielle.

L'objectif principal retenu par le *PNDS* est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise dans un contexte de réduction de la pauvreté. Ainsi, selon ce plan, la proportion des femmes enceintes ayant recours aux services de consultations prénatales (CPN) lors de leur grossesse et la proportion des accouchements assistés, doivent passer respectivement de 85 % à 95 %, et de 74 % à 85 %.

Les programmes à mettre en œuvre dans le cadre du *PNDS* pour le développement des zones de santé sont définis comme suit :

1. L'amélioration de la couverture sanitaire ;
2. La collaboration intra-sectorielle ;
3. L'amélioration de la qualité des soins ;
4. La rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires et de la carte sanitaire ;
5. Les interventions de santé publique ;
6. La gestion des épidémies, urgences et catastrophes ;
7. La promotion de la participation communautaire ;
8. La promotion des services de santé ;
9. L'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé.

Toutefois, compte de tenu de l'ampleur de la tâche, les zones de santé (ZS) ne sont pas toutes concernées par l'ensemble de ces programmes. Le *PNDS* retient ainsi trois scénarios de couverture selon les zones de santé concernées. Il définit ainsi :

1. Les zones de santé à potentiel de développement élevé (13 % des ZS), qui peuvent bénéficier de ces neuf programmes ;
2. Les zones de santé à potentiel de développement moyen (27 % des ZS), qui peuvent bénéficier de 8 programmes (le programme non concerné, le programme n° 4, étant celui qui porte sur la rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires et de la carte sanitaire) ;
3. Les zones de santé à potentiel de développement faible (60 % des ZS), qui ne sont pas inscrites au programme de développement pour la période couverte par le *PNDS* 2011-2015, mais dans lesquelles certaines interventions (relevant des programmes n<sup>os</sup> 2, 5, 6, 7 et 8) doivent être assurées, et qui doivent bénéficier d'un certain nombre d'investissements afin de les préparer à rejoindre le processus de développement sanitaire après 2015.

Le *PNDS* ne s'appuie pas directement sur la politique de la population, mais il a été élaboré sur la base de l'analyse de la situation tirée des résultats des enquêtes démographiques menées dans le pays, ainsi que sur les projections de l'Institut National de la Statistique. Les objectifs poursuivis par le *PNDS* sont quasiment les mêmes, en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, que ceux poursuivis par le *Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de Pauvreté (DSCR 2) 2011-2015* (voir 5.5 plus bas). Les objectifs spécifiques quantifiés retenus à ce sujet sont les suivants :

1. Contribuer à réduire de 549 à 300 les décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015 (l'estimation de 549 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes étant celle donnée par l'*EDS 2007* pour la période 2002-2007) ;
2. Contribuer à réduire la mortalité infantile de 92 à 40 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015 (l'estimation de 92 décès pour 1000 naissances vivantes étant celle donnée par l'*EDS 2007* pour la période 2002-2007).

La mise en œuvre du *PNDS 2011-2015* et la coordination des interventions correspondantes relèvent chacune, en ce qui les concerne, du Gouvernement central, des autorités provinciales et des équipes techniques de district (ETD), appuyés respectivement par le comité national de pilotage (CNP), les comités provinciaux de pilotage (CPP), les conseils d'administrations des zones de santé (CA), et la société civile.

En dehors du Comité National de Pilotage, il a été prévu de mettre en place un cadre de concertation entre le Ministre de la Santé national et les Ministres provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Une réunion du Comité National de Pilotage a par ailleurs eu lieu 18 mois après la mise en œuvre du *PNDS*. Une évaluation du *PNDS* était prévue en 2013, et la révision du *PNDS* n'était pas envisagée avant les résultats de cette évaluation.

Pour être complet, il faut mentionner également le *Plan stratégique 2011-2015 du Programme National de Santé de l'Adolescent*<sup>101</sup>, qui relève également du Ministère de la Santé. Ce plan se fixe pour objectif, à l'horizon 2015, d'amener 80 % des jeunes à bénéficier de services de qualité, et à disposer d'informations complètes en rapport avec leurs problèmes spécifiques, particulièrement en matière de santé sexuelle et reproductive. Il énonce alors 11 objectifs spécifiques, portant sur : la réduction des avortements et des grossesses précoces non désirées chez les adolescents et les jeunes à l'horizon 2015 ; la réduction de la prévalence des IST et du VIH/sida ; l'augmentation de l'utilisation des préservatifs chez les filles et les garçons ; le développement d'une formation adaptée aux adolescents et aux jeunes à l'intention des prestataires de services de santé ; et l'augmentation du nombre de structures de prise en charge des violences sexuelles. La mise en œuvre de ce plan est détaillée dans le document, et doit se faire aux niveaux national et provincial, au niveau des zones de santé, et en collaboration avec les structures privées et les ONG offrant des services aux adolescents et aux jeunes. La mise en œuvre de ce plan implique également l'intégration de ses objectifs dans les structures de santé, ainsi que l'amélioration de la couverture sanitaire nationale.

---

<sup>101</sup> République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé, Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA), *Plan stratégique 2011-2015*, 2011.

### 5.3 Les politiques de santé de la reproduction

L'actuelle *Politique Nationale de Santé de la Reproduction*, a été adoptée en 2008<sup>102</sup>. Il s'agit d'une politique révisée à partir de celle qui avait été élaborée en 1998 sur la base d'une analyse situationnelle. Elle s'inscrit dans le cadre de la *Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)* adoptée en 2006.

La *Politique Nationale de Santé de la Reproduction* entend assurer l'accès de l'ensemble de la population concernée (mères, nouveau-nés, enfants, adolescents, femmes et hommes) à des services et des soins de santé reproductive de qualité, intégrés, accessibles, acceptables et efficaces, dans le respect des droits humains fondamentaux, et sans discrimination. Elle veut amener les individus, les familles et les communautés, à adopter des comportements responsables en matière de santé reproductive et de planification familiale, et elle reconnaît la santé reproductive comme un droit humain fondamental.

Les principes et valeurs qui fondent son action, comme le rappelle la *Politique Nationale de Santé de la Reproduction*, sont les suivants : 1) la parenté responsable ; 2) la liberté de choix individuel, en couple et au sein de la famille ; 3) le choix éclairé et informé sur la stabilité de la génération actuelle et l'évolution vers une génération future en bonne santé sexuelle et reproductive ; 4) le respect de la dignité humaine et du genre ; 5) la solidarité fondée sur le principe du partenariat et du partage des responsabilités avec les individus, les familles et les communautés ; 6) l'identité culturelle fondée sur la reconnaissance et le respect des valeurs traditionnelles locales favorables à la santé reproductive ; 7) la qualité des soins de santé reproductive et l'intégration des services.

L'objectif général de cette politique est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des individus, des couples, des familles et des communautés pour tout ce qui concerne la santé de la reproduction dans toute sa dimension. Pour ce qui est du pays, elle entend :

1. Rendre les soins de santé maternelle et néonatale de qualité, y compris la planification familiale, disponibles et accessibles à toute la population cible de 300 zones de santé, au niveau de 1200 maternités de centres de santé et de 300 maternités d'hôpitaux généraux de référence du secteur public, en vue d'accroître la proportion des accouchements assistés de 60 % en 2001 à plus de 90 % en 2015 ;
2. Renforcer les capacités des individus, des familles, et de la communauté, pour améliorer la santé maternelle et néonatale ;
3. Renforcer les capacités des prestataires en matière de prise en charge médico-sanitaire des victimes des violences sexuelles.

Trois objectifs spécifiques sont retenus :

1. La réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ;
2. La promotion de la bonne santé en matière de sexualité et de reproduction, sur la base de l'équité et de l'égalité entre les sexes, de l'approche droit, de l'approche genre, et de la sexo-spécificité ;
3. L'élimination des pratiques fragilisant le corps humain dans le domaine de la sexualité et de la reproduction, y compris la pauvreté et les violences sexuelles.

La *Politique Nationale de Santé de la Reproduction* cible toutes les couches de la population : 1) les futurs géniteurs (0-20 ans), composés des enfants, garçons et filles, qui passent par des périodes particulières de leur croissance, notamment l'adolescence, et qui représentent 55 % de la population globale ; 2) les géniteurs actuels (20-55 ans), à savoir les adultes, femmes et hommes, en période de reproduction, et qui représentent environ 40 % de la population ; et 3) les anciens géniteurs, également appelés personnes du 3<sup>e</sup> âge, qui représentent environ 5 % de la population.

La *Politique Nationale de Santé de la Reproduction* est mise en œuvre aux niveaux national et provincial, ainsi qu'au niveau des zones de santé. Au niveau national, le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) est l'organe régulateur, normatif et concepteur de toutes les activités en rapport avec la santé reproductive. Au niveau provincial, la coordination provinciale de la santé reproductive est chargée en particulier de vulgariser et faire appliquer la politique nationale, le plan stratégique, et les normes de santé reproductive aux niveaux intermédiaire et périphérique, ainsi

---

<sup>102</sup> République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), *Politique Nationale de Santé de la Reproduction*, juillet 2008, 24 p.

que de faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès du gouvernement provincial, de la société civile et des partenaires intervenant dans la province. Enfin, c'est au niveau des zones de santé, que sont menées toutes les activités de santé reproductive suivant les orientations stratégiques et les directives du niveau central, sous l'encadrement de l'équipe-cadre provinciale.

Un état des lieux des activités de santé reproductive basé sur les données de routine du PNSR pour la période 2009-2012, a été réalisé début 2014<sup>103</sup>. Cet état des lieux constate qu'il est difficile d'apprécier les performances du Programme de Santé de la Reproduction à partir des données collectées dans les structures de soins en ce qui concerne les consultations pré- et post-natales, les accouchements assistés, les césariennes, les décès maternels et périnataux, ainsi que le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes. En effet, ces données révèlent des évolutions en dents de scie, qu'il est difficile d'interpréter. De fait, la qualité de ces données n'a pas été évaluée, et elles ne couvrent pas l'ensemble du territoire. En conséquence, le suivi-évaluation du programme doit être nettement amélioré, et doit également bénéficier de moyens renforcés.

La RDC a par ailleurs adopté, tout comme les autres pays de la sous-région, une *Feuille de route* qui vise à accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, et qui couvre la période 2008-2015<sup>104</sup>. Cette *Feuille de route* a été élaborée suivant les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ainsi que les recommandations contenues dans le Programme d'Action de la *Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD)* et du *Caire+5*.

Cette *Feuille de route* nationale a, comme son nom l'indique, pour objectif général d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile, afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en RDC, c'est-à-dire une réduction de trois quarts du taux de mortalité maternelle, et de deux tiers du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, entre 1990 et 2015.

Elle retient 3 objectifs spécifiques :

1. Rendre les soins de santé maternelle et néonatale de qualité, y compris la planification familiale, disponibles et accessibles à toute la population cible de 300 zones de santé, au niveau de 1200 maternités de centres de santé et de 300 maternités d'hôpitaux généraux de référence du secteur public, en vue d'accroître la proportion des accouchements assistés de 60 % en 2001 à plus de 90 % en 2015 ;
2. Renforcer les capacités des individus, des familles, et de la communauté, pour améliorer la santé maternelle et néonatale ;
3. Renforcer les capacités des prestataires en matière de prise en charge médico-sanitaire des victimes des violences sexuelles.

Pour chacun de ces objectifs, la *Feuille de route* définit ensuite un certain nombre de stratégies associées à plusieurs interventions prioritaires.

En matière de suivi et évaluation, la *Feuille de route* retient divers indicateurs, qui portent sur l'engagement des communautés, la santé néonatale, la planification familiale, la santé maternelle, les violences sexuelles, ainsi que l'engagement et la volonté politique.

Concernant maintenant plus spécifiquement la planification familiale, suite aux recommandations de la Conférence nationale sur le repositionnement de la planification familiale de 2009, et au vu de la stagnation de la prévalence contraceptive moderne à 5,4 % révélée par les résultats de l'enquête *MICS 2010*, le Ministère de la Santé Publique a pris l'initiative de développer un plan spécifique pour la planification familiale. Un Comité Technique Multisectoriel Permanent (CTMP) regroupant tous les acteurs publics, privés et internationaux intervenant en RDC en matière de planification familiale, a donc été créé, avec pour mission d'élaborer un *Plan Stratégique National de Planification Familiale*. Suite à un processus de concertation très large, les travaux du CTMP ont effectivement abouti au *Plan*

---

<sup>103</sup> République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), Rapport d'état des lieux sur la Santé de la Reproduction de 2009 à 2012 en République Démocratique du Congo : Résultat d'analyse des données de routine du Programme National de Santé de la Reproduction, par Nicaise Mavula Banda, Kinshasa, 20 février 2014.

<sup>104</sup> République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en République Démocratique du Congo, suivant les objectifs de Développement du Millénaire (ODM), mars 2008, 103 p.

*stratégique nationale à vision multisectorielle (2014-2020)* en matière de planification familiale, qui a été adopté par le Ministère de la Santé Publique en janvier 2014<sup>105</sup>. Ce *Plan* s'inscrit dans la mise en œuvre du *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015*, et il entend également contribuer aux actions du Gouvernement inscrites dans le *DSCR* 2, qui visent à réduire la pauvreté, améliorer les conditions sociales de base de la population congolaise, grâce notamment à la maîtrise de la démographie, et à réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile (voir 5.5 plus bas).

Pour les activités de planification familiale, le Gouvernement agit par le biais du Ministère de la Santé Publique à travers le *Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR)*. Il incombe au *PNSR* d'élaborer les politiques et les normes en matière de planification familiale, et de partager également les responsabilités de financement et de mise en œuvre du *Plan* avec les bailleurs de fonds ayant la planification familiale dans leurs domaines d'interventions, ainsi qu'avec les ONG nationales et internationales poursuivant des activités de planification familiale en RDC.

Le *Plan Stratégique National de Planification Familiale 2014-2020* se fixe pour objectif général d'assurer d'ici 2020, une augmentation rapide et soutenue de l'utilisation de méthodes modernes et efficaces de contraception par les femmes et les hommes congolais qui le souhaitent, et de contribuer ainsi à l'amélioration du bien-être de la population congolaise. Il retient également deux objectifs spécifiques :

1. Faire augmenter la prévalence contraceptive moderne, estimée à 6,5 % en 2013 (5,4 % en 2010), à 19 % au moins d'ici 2020 (ce qui correspond à une augmentation annuelle d'au moins 1,5 point de pourcentage par an) ;
2. Assurer l'accès et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes pour au moins 2,1 millions de femmes d'ici 2020.

Le *Plan* définit ensuite 6 sous-objectifs : 1) obtenir un engagement effectif du Gouvernement en faveur de la planification familiale ; 2) accroître l'accès des hommes et des femmes à la planification familiale dans les secteurs public et privé ; 3) améliorer la qualité des services de planification familiale ; 4) stimuler la demande de planification familiale ; 5) développer et renforcer un système logistique efficace d'approvisionnement en contraceptifs ; et 6) mettre en place un système fiable d'évaluation des résultats. Suit enfin un plan d'opérationnalisation.

Il faut noter enfin que, depuis quelques années, la possibilité, en RDC, d'adopter une loi sur la santé reproductive, comme l'ont fait huit autres pays d'Afrique francophone, est en discussion. Le Cadre Permanent de Concertation de la Femme Congolaise (CAFCCO) a ainsi élaboré un projet de proposition de loi sur la santé de la reproduction en 2012, mais cette initiative n'a pas encore abouti. La CAFCCO est une organisation de la société civile qui regroupe des femmes politiques ainsi que des représentantes de la société civile et des confessions religieuses.

#### **5.4 L'approvisionnement en produits de santé reproductive**

En 2007, le Ministère de la Santé Publique a décidé, en collaboration avec ses partenaires, de mettre en place une approche permettant de garantir l'accès à des produits de santé reproductive de qualité et de développer l'offre correspondante de services. C'est ainsi qu'en mars 2007, une analyse situationnelle suivie d'un processus de consultation en plusieurs étapes, a conduit à l'adoption du *Plan National de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (SPSR)* couvrant la période 2008-2012<sup>106</sup>.

<sup>105</sup> République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, *Planification familiale - Plan stratégique nationale à vision multisectorielle (2014-2020)*, Kinshasa, 10 janvier 2014, 48 p. Disponible en ligne : <http://advancefamilyplanning.org/sites/default/files/resources/Final%20Plan%20Strategique%20de%20PF%20%20Fev%20Ok.pdf>.

<sup>106</sup> République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, *Plan Stratégique pour la Sécurité des Produits de Santé de la Reproduction de la République Démocratique du Congo - 2008-2012*, Kinshasa, 2007, 35 p. Disponible en ligne : [http://familyplanning-drc.net/docs/4\\_PlanStrategiquePourLaSecuriteDesProduitsDeSanteDeLaReproductionDeLaRepubliqueDemocratiqueDuCongo\\_2008\\_2012.pdf](http://familyplanning-drc.net/docs/4_PlanStrategiquePourLaSecuriteDesProduitsDeSanteDeLaReproductionDeLaRepubliqueDemocratiqueDuCongo_2008_2012.pdf).

L'objectif global de ce *Plan Stratégique de SPSR* est de s'assurer que chaque personne en RDC peut choisir, obtenir, et utiliser des produits de santé reproductive de qualité à chaque fois qu'elle en manifeste le besoin.

Le *Plan* identifie ensuite les sept domaines ou composantes suivants : contexte, coordination, engagement, capital, produits, demande et utilisation, et capacité, pour lesquels il définit autant d'objectifs à atteindre, à savoir :

- 1- Concernant le contexte : améliorer le cadre juridique, réglementaire, institutionnel et socio-culturel relatif à la santé reproductive en vue de favoriser l'accès à des services ainsi que l'utilisation de produits de santé reproductive qui soient de qualité ;
- 2- Concernant la coordination : améliorer la coordination par le Ministère de la Santé, des activités menées par tous les intervenants, secteur privé lucratif et non lucratif compris, en matière de santé reproductive / planification familiale et de VIH/sida, à tous les niveaux du système sanitaire ;
- 3- Concernant l'engagement : renforcer l'engagement du secteur public, du secteur privé lucratif et non lucratif, et de la communauté, dans la mise en œuvre du *Plan de SPSR* ;
- 4- Concernant le capital : mobiliser les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du *Plan de SPSR* par le Gouvernement, en tenant compte des apports des bailleurs, ainsi que des fonds des partenaires de santé reproductive et de la communauté ;
- 5- Concernant les produits : assurer la disponibilité pérenne ainsi que l'accessibilité de produits de santé reproductive / planning familial et de VIH/sida qui soient de qualité ;
- 6- Concernant la demande et l'utilisation : accroître la demande et l'utilisation des services de santé reproductive / planning familial et de VIH/sida à tous les niveaux du système ; et
- 7- Concernant la capacité : améliorer la performance institutionnelle et individuelle de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé reproductive / planning familial et de VIH/sida.

Enfin, plusieurs stratégies et activités sont identifiées afin d'atteindre les objectifs retenus.

Le *Plan* contient également un budget estimatif par composante, d'un total de 31,3 millions de dollars américains, dont 83 % étaient prévus pour la composante « produits », et 10 % pour la composante « capacité ». Concernant la composante « produits », le *Plan* constate les ruptures fréquentes de produits de santé reproductive dans les structures sanitaires, l'inexistence d'un plan d'approvisionnement et de distribution des produits de santé reproductive / planning familial et de VIH/sida, ainsi que l'insuffisance du contrôle de qualité des produits de santé reproductive / planning familial et de VIH/sida. Il définit donc trois stratégies et 15 activités afin de remédier à cette situation. Mais il n'y a pas de chiffrage particulier dans le budget retenu pour la composante « produit » précisant ce qui est prévu pour les contraceptifs et pour les produits VIH/sida.

Il n'y a pas eu d'évaluation formelle du *Plan de SPSR 2008-2012*, mais son exécution a été partielle, et les activités menées se sont concentrées sur l'amélioration de l'approvisionnement en produits ainsi que sur le renforcement du contrôle de la qualité des médicaments.

Ce *Plan* a cependant été révisé, et un nouveau *Plan de SPSR* couvrant la période 2013-2015 a été adopté le 12 avril 2013. Le but de cette révision était de replacer les activités de *SPSR* dans le cadre du *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015*. Cependant, fin 2013, le document final ne nous était pas encore parvenu.

Le *Plan Stratégique National de Planification Familiale* a procédé, de son côté, à une évaluation des coûts d'achats de contraceptifs pour la période 2014-2020. Ces coûts, qui ont été calculés sur la base du chiffre visé d'au moins 2,1 millions d'utilisatrices/utilisateurs de méthodes modernes d'ici 2020, s'élèvent à 54 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020.

## 5.5 Les cadres stratégiques de réduction de la pauvreté

Le premier *Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP 1)* en RDC couvrait la période 2006-2010<sup>107</sup>.

Les piliers de cette stratégie étaient les suivants :

---

<sup>107</sup> République Démocratique du Congo, *Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté*, juin 2006, 136 p.

1. Promouvoir la bonne gouvernance et consolider la paix par le renforcement des institutions ;
2. Consolider la stabilité macroéconomique et la croissance ;
3. Améliorer l'accès aux services sociaux et réduire la vulnérabilité ;
4. Combattre le VIH/sida ;
5. Appuyer la dynamique communautaire.

Le *DSRP 1* explorait les tendances de la pauvreté en RDC entre 2006 et 2030 en s'appuyant sur des simulations tenant compte de l'incidence de la pauvreté, de l'indice de Gini et du PIB par tête en 2005. Ces simulations étaient faites pour la période 2006-2025 pour deux scénarios, et avec des hypothèses de croissance du PIB par tête de 5 %, 8 %, 10 % et 12 %, et une diminution progressive de l'indice de Gini pour les pauvres (1 %, 5 %, 10 %), et pour l'ensemble de la population à partir de 2009<sup>108</sup>.

Le premier scénario utilisait l'indice de Gini de 2005 pour toute la période, et divers taux de croissance économiques. Les résultats obtenus suggéraient qu'avec un taux de croissance de 5 % par an, la RDC ne pourrait pas réduire la pauvreté de moitié d'ici 2015, l'incidence de la pauvreté passant de 71 % à près de 45 %. En revanche, la pauvreté pourrait être réduite de moitié d'ici 2015-2016 (et le premier objectif du Millénaire pour le développement (OMD) être alors atteint) avec un taux de croissance de 8 % par an, voire en 2011-2013 avec un taux de 10 % par an, et en 2011 avec un taux de croissance de 12 %.

Le second scénario utilisait quant à lui un taux de croissance de 5 % par an, accompagné d'une politique de redistribution des revenus avec changement de l'indice de Gini. Ce scénario suggérait que la tendance à la baisse observée à partir de 2004 pourrait se poursuivre et atteindre le niveau de 60 % en 2022.

Ainsi, l'évolution tendancielle présentée pour les deux scénarios tendait à suggérer qu'il était possible de réduire de moitié l'incidence de la pauvreté en RDC d'ici 2015 en adoptant une stratégie macroéconomique axée sur des taux de croissance économique à deux chiffres, si cette croissance était accompagnée d'une stratégie de justice distributive.

Concernant la population, le *DSRP 1* ne tenait pas véritablement compte de la dimension démographique dans les stratégies nationales de développement et moins encore dans les stratégies sectorielles. Le *DSRP* se contentait simplement de reconnaître l'importance de la planification familiale en tant que stratégie efficace pour arriver à une « croissance démographique maîtrisée ».

Une évaluation du *DSRP 1* a eu lieu du 8 au 9 mars 2010. Cette évaluation a porté essentiellement sur trois points : le volet institutionnel, le volet des mécanismes et outils de suivi et évaluation, et les perspectives.

Le deuxième *Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR 2)* couvre la période 2011-2015<sup>109</sup>. Cette *Stratégie* entend consolider les acquis du *DSRP 1*, et faire de la croissance, de la création d'emplois et de la lutte contre les changements climatiques, les principaux leviers pour une réduction sensible de la pauvreté. Elle repose sur quatre piliers comportant chacun des axes stratégiques et des actions prioritaires pour leur mise en œuvre. Ces piliers sont les suivants :

- Pilier 1 : renforcer la gouvernance et la paix ;
- Pilier 2 : diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi ;
- Pilier 3 : améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain ;
- Pilier 4 : protéger l'environnement et lutter contre les changements climatiques.

Deux scénarios sont également envisagés dans le *DSCR 2* :

1. Le premier scénario est celui du cadrage macroéconomique de la *Stratégie* : les résultats du cadrage macroéconomique à moyen terme indiquent que sur la période de mise en œuvre du

<sup>108</sup> L'indice (ou coefficient) de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités de salaires (de revenus, de niveaux de vie, etc.). Il varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où tous les salaires, les revenus, les niveaux de vie, etc., seraient égaux. À l'autre extrême, il est égal à 1 dans la situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les salaires (les revenus, les niveaux de vie, etc.) sauf un seraient nuls. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

<sup>109</sup> République Démocratique du Congo, Ministère du Plan, Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, Deuxième génération, DSCR 2011-2015, octobre 2011, 114 p.

*DSCR* 2, l'économie congolaise devrait enregistrer une croissance forte et soutenue dans un environnement marqué par une maîtrise de l'inflation et une consolidation des finances publiques. Le taux de croissance moyen sur la période serait de 7,2 % contre 5,6 % sur la période 2006-2010. Cela constitue un gain net d'environ 2,0 points de pourcentage par rapport au chiffre enregistré lors du *DSRP* 1.

2. Le second scénario est un scénario de politique économique du Gouvernement (PEG) : ce scénario peut être contraint par des aléas liés à l'environnement international et à la faible mobilisation des ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il en découle un scénario alternatif proche du cadrage macroéconomique du programme économique et financier conclu avec le Fonds Monétaire International en 2009. La croissance économique projetée est de 6,5 % en moyenne sur la période 2011-2015, avec une inflation contenue à un chiffre. La rigueur budgétaire devrait permettre de contenir l'évolution des dépenses publiques. Dans ce cadre, les dépenses relatives à la gouvernance, à la défense et à la sécurité prendront une part prépondérante du budget. Le déficit global, base ordonnancement, se situerait à 3,3 % du PIB en moyenne sur la période 2011-2015. Il doit être financé, entre autres, par la mobilisation de ressources concessionnelles qui n'entravent pas la viabilité de la dette publique.

Le *DSCR* 2, a été élaboré sur la base de conclusions et recommandations consensuelles formulées lors de nombreuses consultations. Sa mise en œuvre se fait à la fois aux niveaux central et décentralisé. Au niveau central, le Premier Ministre préside la Commission Interministérielle chargée de la mise en œuvre de la *Stratégie*, et c'est le Ministère du Plan qui en assure l'exécution physique en coordination avec les Ministères sectoriels, les partenaires au développement, les organisations de la société civile, les ONG et le secteur privé. Par ailleurs, une Commission Interministérielle (CI-SNLCP) suit périodiquement l'exécution physique et financière de la *Stratégie*, et elle est appuyée dans ses travaux par une structure légère de Coordination Nationale, qui constitue le point focal du Gouvernement en la matière. Il faut noter aussi l'existence de l'Observatoire Congolais de la Pauvreté et de l'Inégalité (OCPI), qui est chargé de l'évaluation de la pauvreté en RDC. L'OCPI est rattaché au Ministère du Plan, mais est une structure indépendante de surveillance, qui collabore avec la quasi-totalité des acteurs publics, privés et de la société civile. Quant aux structures en place au niveau provincial, il s'agit des Comités Provinciaux de Lutte contre la Pauvreté (CPLP), et au niveau local, des Comités Locaux de Lutte contre la Pauvreté (CLLP).

Concernant les questions de population, la croissance démographique est mentionnée à plusieurs reprises dans le *DSCR* 2. Le document reconnaît en effet que « le taux croissance démographique estimé à 3,1 % par an reste préoccupant et préjudiciable au développement économique du pays, car il entraîne une forte demande sociale, notamment dans les secteurs de l'éducation, de l'emploi, du logement, de la santé et du transport, demande à laquelle les politiques sociales doivent répondre ». Il suggère également qu'une attention particulière soit accordée, non seulement à la promotion de la croissance économique et à la réduction des inégalités, mais aussi à la maîtrise de la croissance démographique en liaison avec la forte corrélation qui existe entre la pauvreté et la taille élevée des ménages. Puis, dans le Pilier Stratégique 3, le *DSCR* 2 indique que dans le domaine démographique, et compte tenu de son importance pour la santé maternelle et néonatale, la redynamisation de la planification familiale fait partie des priorités du Gouvernement.

Cette reconnaissance de l'importance des défis associés à la forte croissance démographique ne se traduit pas cependant par des recommandations précises visant à la maîtriser.

Les principaux objectifs quantitatifs retenus dans le *DSCR* 2 en termes de croissance économique, santé et éducation, sont présentés au tableau 5.5.1 ci-dessous. Ces objectifs peuvent être comparés aux estimations les plus récentes présentées dans les chapitres précédents. Finalement, ce n'est guère que dans le tableau du *DSCR* 2, qui fait le point sur l'évolution des indicateurs des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), que des objectifs concernant la santé de la reproduction sont mentionnés. Mais, pour quatre de ces indicateurs, à savoir le taux de prévalence contraceptive, le taux de mortalité des moins de 5 ans, le taux de mortalité maternelle, et l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans, le *DSCR* 2 juge qu'il est peu vraisemblable que les objectifs retenus pour ces indicateurs soient atteints en 2015. C'est le cas en particulier de l'augmentation de 6 % en 2007 à 15 % en 2015 de la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes. On notera par ailleurs qu'en ce qui concerne l'OMD 5 : « Améliorer la santé maternelle », le *DSCR* 2 ne mentionne pas la cible 5b de cet objectif : « Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015 ».

Tableau 5.5.1 : RDC, objectifs de la *Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2011-2015*

Indicateurs/Objectifs	Valeur de référence (année ou période)	Objectif (année ou période)
Croissance annuelle du PIB	6,9 % (2010)	7,2 % Moyenne (2012-2015)
PIB/tête en dollars américains (USD)	193,1 USD (2010)	317,2 USD (2015)
Croissance démographique	3,1 %	Non précisée
Fécondité	Non précisée	Non précisée
Taux de prévalence contraceptive moderne	6 % (2007)	15 % (2015)
Taux de mortalité des moins de 5 ans	158 / 1000 (2010)	60 / 1000 (2015)
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	549 / 100 000 (2007)	322 / 100 000 (2015)
Insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans	24 % (2010)	14 % (2015)
Taux brut de scolarisation dans le 1 <sup>er</sup> cycle	75 % (2010)	100 % (2015)

Source : Ministère du Plan, *Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, DSCR 2, 2011-2015*, octobre 2011.

## 5.6 Les politiques sectorielles

La prise en compte des aspects démographiques dans les politiques sectorielles apparaît également très incomplète, voire absente.

Concernant l'éducation, la politique, pour ce qui est notamment des cycles primaire et secondaire, est exposée dans le document de travail intitulé *Stratégie de Développement de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel*. Cette *Stratégie*, adoptée en mars 2010, couvre la période allant de 2010-2011 à 2015-2016<sup>110</sup>.

Elle s'articule en trois objectifs principaux, déclinés sous forme des axes prioritaires suivants :

1. Accroître l'accès, l'accessibilité, l'équité et la rétention ;
2. Améliorer la qualité et la pertinence ;
3. Renforcer la gouvernance.

L'axe intitulé « accroître l'accès, l'accessibilité, l'équité et la rétention », vise l'universalisation de l'enseignement de base par la promotion d'un enseignement primaire gratuit et obligatoire. Cette priorité s'articule autour de : a) la suppression des frais scolaires ; b) l'identification et l'intégration des enfants exclus du système scolaire ; c) la réduction des disparités géographiques et des inégalités de sexe ; d) l'accroissement des capacités d'accueil ; et e) l'appui aux communautés locales pour le développement de l'éducation préscolaire en vue de faciliter le passage vers l'enseignement primaire. Les indicateurs chiffrés retenus pour cet axe concernent : a) l'augmentation du taux brut de scolarisation pour l'éducation préscolaire ; b) l'augmentation du taux brut de scolarisation pour l'éducation primaire ; c) la parité filles-garçons ; d) l'augmentation du taux brut d'achèvement du primaire ; e) la diminution progressive de la contribution des ménages aux frais scolaires, contribution qui doit disparaître totalement en 2015-2016 ; f) la construction d'infrastructures scolaires basée sur une approche communautaire, et la réhabilitation de salles de classe dans le primaire et le secondaire ; et enfin g) l'augmentation du pourcentage de classes à double vacation ou multigrades.

<sup>110</sup> République Démocratique du Congo, Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, *Stratégie de Développement de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel, 2010/2011-2015/2016*, Kinshasa, mars 2010, 87 p. Disponible en ligne : [http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Congo\\_DR/CongoDRStrategie20102016.pdf](http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Congo_DR/CongoDRStrategie20102016.pdf).

L'axe intitulé « améliorer la qualité et la pertinence » concerne : a) l'amélioration de l'efficacité interne ; b) la révision et la mise en œuvre d'une stratégie de revalorisation de la fonction enseignante ; c) le développement d'une politique rationnelle de production et de distribution des supports pédagogiques ; et d) une meilleure appropriation des programmes d'études par le personnel enseignant, ainsi que leur actualisation. Les indicateurs retenus pour cet axe concernent, pour le primaire, l'augmentation des taux de passage et la diminution des taux de redoublement et d'abandon, et pour le secondaire, l'augmentation des taux moyens de survie dans le secondaire et la diminution des taux de redoublement.

L'axe intitulé « renforcer la gouvernance » correspond à un objectif transversal, et constitue une condition nécessaire pour améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources disponibles et la gestion du système. Il est centré sur l'accompagnement des réformes organisationnelles et institutionnelles dans le contexte de la décentralisation, ainsi que sur le renforcement des capacités de planification et de gestion du système. Les indicateurs associés à cet axe sont de nature budgétaire.

Cette *Stratégie* est ambitieuse et elle suppose une forte augmentation de la part des ressources publiques totales allouées à l'enseignement primaire, secondaire et professionnel. Les dépenses publiques correspondantes devraient ainsi passer de 305 millions de dollars américains en 2010 à 728 millions de dollars américains en 2015. La réalisation de cette hypothèse est jugée possible en tablant sur une augmentation du PIB de 7 % par an.

Concernant la démographie, la *Stratégie* indique que la construction des écoles n'a pas progressé au même rythme que la population scolarisable. De plus, les projections d'effectifs scolaires par niveau qui figurent dans la *Stratégie*, donnent effectivement des chiffres en forte augmentation entre 2010-2011 et 2015-2016, puisqu'ils indiquent un doublement des effectifs au niveau pré-primaire, une augmentation d'environ 50 % au niveau primaire, et un quasi doublement au niveau secondaire (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> niveaux). La *Stratégie* n'envisage finalement que des scénarios basés sur des simulations financières : 1) le scénario tendanciel ; 2) le scénario stratégie ; 3) le scénario gratuité ; et 4) le scénario optimum concernant la contribution du Gouvernement. En raison de la brièveté de la période couverte, de cinq ans, la *Stratégie* n'envisage en effet pas de scénarios différents d'évolution de la population scolarisable. Elle n'indique cependant à aucun moment que la variable démographique constitue une contrainte à la réalisation de ses objectifs, et ne mentionne pas non plus la Politique de Population.

Le Ministère de l'EPSP envisage une évaluation de sa *Stratégie* en 2014.

Concernant l'agriculture, il n'existe pas encore, à proprement parler, de politique agricole en RDC. C'est le *Plan National d'Investissement Agricole (PNIA)*<sup>111</sup> qui fait actuellement office de politique nationale agricole. Le processus d'élaboration de ce plan a été entamé en 2010, et s'est achevé en 2013. Il couvre une période de huit ans, de 2013 à 2020, et est placé sous l'égide du Ministère de l'Agriculture et du Développement rural (MINAGRIDER). Le *PNIA* fédère l'ensemble des programmes et des projets en cours et en perspective dans le secteur agricole, dont notamment la *Note de Politique Agricole (NPA)* ainsi que le *Projet de Code Agricole*. L'objectif général du *PNIA* est de stimuler une croissance soutenue du secteur agricole de plus de 6 % par an. Ce plan constitue une déclinaison du deuxième pilier du *DSCR 2*, qui vise à « diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi », et il contribue directement à l'OMD 1 qui vise à réduire l'extrême pauvreté et la faim.

Le *PNIA* s'articule autour de 5 objectifs principaux :

1. Améliorer la gouvernance agricole, promouvoir l'intégration de l'approche genre et renforcer les capacités humaines et institutionnelles ;
2. Promouvoir durablement les filières agricoles, au premier rang desquelles les filières vivrières, et développer l'agro-business afin d'améliorer les revenus des paysans et des autres opérateurs du secteur ;
3. Améliorer la gestion de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations, et constituer des réserves stratégiques ;
4. Développer et diffuser les produits de la recherche auprès des utilisateurs, et améliorer le niveau de compétence professionnelle des différents acteurs ;
5. Réduire la vulnérabilité du secteur agricole aux changements climatiques.

<sup>111</sup> République Démocratique du Congo, Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural, *Plan National d'Investissement Agricole 2013-2020*, Kinshasa, septembre 2013, 188 p.

Ces axes sont ensuite déclinés sous forme d'axes prioritaires, qui constituent autant de programmes pour lesquels des objectifs chiffrés ont été retenus. Il s'agit des programmes et indicateurs suivants :

- a) « Stimuler la croissance annuelle soutenue du secteur agricole de plus de 6 %, indispensable pour réduire la pauvreté, pour assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations congolaises et pour générer durablement des emplois et des revenus ». Les indicateurs retenus pour cet axe sont les suivants : le maintien d'un taux annuel de croissance du PIB agricole de plus de 6 % par an ; la réduction du taux de personnes souffrant de la faim ; l'amélioration des revenus des producteurs agricoles ; et la création de plus d'un million d'emplois d'ici 2020.
- b) « Promouvoir les filières agricoles et développer l'agro-business afin d'assurer durablement la sécurité alimentaire des populations et améliorer les revenus des paysans et des autres opérateurs du secteur agricole ». Les indicateurs retenus pour cet axe sont les suivants : arriver à un taux annuel moyen d'accroissement de la production des différentes filières de 4 % à 6 % par an, et créer 15 parcs agro-industriels fonctionnels d'ici 2020.
- c) « Améliorer la gestion de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations et constituer des réserves stratégiques ». Les indicateurs retenus pour cet axe sont les : la diminution du pourcentage de la population en situation d'insécurité alimentaire, et la diminution du taux de malnutrition infantile chronique.
- d) « Développer et diffuser les produits de la recherche auprès des utilisateurs et améliorer le niveau de compétence professionnelle des différents acteurs ». L'indicateur retenu pour cet axe vise à atteindre un taux d'adoption des technologies appropriées d'au moins 75 % d'ici 2020.
- e) « Améliorer la gouvernance agricole, promouvoir l'intégration de l'approche genre, et renforcer les capacités humaines et institutionnelles ». Les indicateurs retenus pour cet axe sont les suivants : porter la part du budget national alloué au secteur agricole à 10 %, porter le volume des investissements privés dans le secteur, à plus de 10 %, et atteindre un taux de participation des femmes dans les instances de décision du secteur supérieur à 30 %.
- f) « Réduire la vulnérabilité du secteur agricole aux changements climatiques ». Les indicateurs retenus pour cet axe sont les suivants : l'augmentation du pourcentage des superficies agricoles cultivées sous gestion durable, et l'augmentation du taux d'adoption des techniques d'adaptation aux changements climatiques.

Ces programmes sont ensuite déclinés en 18 sous-programmes et 66 composantes.

Ce *Plan National d'Investissement Agricole 2013-2020* est ambitieux. La réalisation des objectifs retenus repose sur plusieurs hypothèses, et peut-être affectée par diverses contraintes. Il s'agit notamment de la volonté politique, de l'implication des partenaires techniques et financiers et des partenaires privés, de la stabilité économique et politique, de la fin de la guerre, etc. Finalement, ce plan ne tient pas véritablement compte de la démographie, puisque les objectifs retenus sont tous fixés en pourcentage de la population, sauf pour la création d'emplois. Mais le million d'emplois envisagés paraît bien faible au regard des 7,4 millions d'emplois à trouver ou à créer entre 2014 et 2020 selon nos estimations (voir 2.1). Le Plan n'envisage pas non plus qu'il puisse y avoir plusieurs scénarios d'évolution future de la population, et ne mentionne pas la politique de la population.

La mise en place de ce *Plan* étant très récente, aucune évaluation n'en a été faite. Des mécanismes de suivi et d'évaluation sont prévus. Ce suivi-évaluation cherchera surtout à mesurer les performances des projets et des programmes exécutés, et doit impliquer tous les acteurs : l'État central, les provinces, le secteur privé, les organisations de la société civile, les organisations des agriculteurs, et les partenaires techniques et financiers.

Concernant l'eau et l'assainissement, la RDC n'avait pas en 2013 de politique nationale en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement. La gestion de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement relève en fait de plusieurs secteurs et de plusieurs Ministères dont les activités sont difficiles à coordonner. La demi-douzaine d'organismes et de Ministères concernés sont : la Régie Nationale de Distribution de l'Eau (REGIDESO) et la Commission Nationale de l'Énergie, qui dépendent du Ministère de l'énergie ; le Service National de l'Hydraulique Rurale du Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural ; la Direction Nationale de l'Hygiène et la Direction des Soins de Santé Primaire du Ministère de la Santé Publique ; la Direction des Ressources en Eau et le Service National de l'Assainissement du Ministère de l'Environnement ; l'Office National de Drainage, qui dépend du Ministère des Infrastructures, des Travaux Publics et de la Reconstruction ; le Comité National d'Action pour l'Eau et l'Assainissement, qui dépend du Ministère du Plan, etc. Aucune coordination

nationale impliquant ces acteurs et les Ministères concernés n'existe à ce jour, mais celle-ci semble commencer à s'ébaucher.

En effet, une volonté de coordination se manifeste depuis quelques années, et en août 2013, la Direction Nationale de l'Hygiène du Ministère de la Santé Publique a organisé un atelier réunissant des acteurs nationaux venus de toutes les provinces, pour examiner un projet de cadre juridique destiné à régir, à l'avenir, les secteurs de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, et pour élaborer un projet de *Politique nationale d'eau, d'hygiène et d'assainissement* assortie d'un *Plan stratégique de l'hygiène 2013-2017*. Par ailleurs, lors de la journée portes ouvertes organisée à Kinshasa en septembre 2013 pour le secteur de l'eau, le Gouvernement s'est engagé, à travers le Ministre du Plan, à accroître la desserte en eau potable de 27 % à 40 % à l'horizon 2016, conformément aux objectifs du *DSCR P 2*.

En somme, malgré son immense réseau hydrographique et ses importantes ressources en eau, la RDC n'est pas encore parvenue à mobiliser ses ressources et à offrir à la population une eau potable. Il en va de même pour l'accès aux services d'assainissement. Comme on l'a vu en 3.4, en 2012, moins d'un Congolais sur deux (46 %) avait accès à une source d'approvisionnement « en eau de meilleure qualité », et seul un Congolais sur trois avait accès à « de meilleurs systèmes d'assainissement ». Le défi est également démographique, puisque depuis 1990, tous les efforts accomplis ont été « absorbés » par la croissance démographique, la fourniture de ces services n'ayant pas réussi à suivre l'augmentation rapide des populations. De ce fait, le pourcentage de la population ayant accès à ces services n'a quasiment pas augmenté entre 1990 et 2012 (sauf pour l'assainissement en milieu rural).

Concernant l'aménagement du territoire et l'aménagement urbain, la RDC ne disposait toujours pas, en 2013, d'une *Politique Nationale d'Aménagement du Territoire* fixant dans l'espace et dans le temps, des orientations stratégiques visant une meilleure répartition des activités économiques et des populations, en fonction des contraintes et des potentialités des milieux concernés. Cependant, un projet de politique sur l'aménagement du territoire, l'urbanisme et l'habitat a été élaboré, mais est en attente d'adoption par le Parlement. Un cadre logique intégrant un plan de travail en la matière attend également son approbation par le Ministre de l'Urbanisme et de l'Habitat pour sa mise en application. Signalons aussi les plans réalisés dans le passé pour doter le pays et les villes, particulièrement la ville de Kinshasa, de plans d'aménagement urbain. Il faut citer ici les plans d'aménagement de 1967, de 1975 et de 1985. Ces plans ont été élaborés en s'appuyant sur des photographies de la ville permettant de déceler les déséquilibres spatiaux et de proposer des aménagements, afin de mieux gérer l'espace et de redistribuer la population en fonction de la croissance démographique et de l'extension incontrôlée de la périurbanisation. Mais aucun de ces plans n'a eu de valeur légale, puisqu'ils n'ont jamais été formellement adoptés ou endossés par une institution publique de l'État. Les aménagements proposés n'ont par ailleurs que rarement été mis en œuvre du fait du contexte social, économique et politique national détérioré qu'a connu le pays jusqu'à la fin des années 1990 et le début des années 2000.

L'absence d'une *Politique Nationale d'Aménagement du Territoire* a eu plusieurs conséquences négatives pour le développement de la RDC. Elle a favorisé l'enclavement de vastes zones du pays, empêchant par là l'écoulement de la production agricole de ces zones vers les villes. Elle a également favorisé l'aggravation des disparités dans la répartition de la population sur le territoire national et l'apparition de conflits dans l'utilisation de l'espace et des ressources, qu'il s'agisse des ressources minières, agricoles, ou forestières. L'absence de *Politique Nationale d'Aménagement du Territoire* a en somme contribué à la désarticulation de l'économie nationale et à une sous-exploitation des ressources du pays, en même temps qu'à leur exploitation non-durable.

Pour être exhaustif en matière de politiques ayant des liens avec les problèmes de population, il faut également mentionner la *Politique nationale d'intégration du genre, de promotion de la famille et de protection de l'enfant*<sup>112</sup>. Ce document a été élaboré en 2008 sur la base des problèmes connus lors de l'analyse de la situation des femmes en RDC. Cette politique s'intéresse aux discriminations et aux violences dont sont victimes les femmes, ainsi qu'au VIH/sida. Elle ne comporte pas d'objectifs chiffrés, sauf en ce qui concerne la mortalité maternelle, et elle n'est pas limitée dans le temps. Une évaluation de cette politique a été proposée cinq ans après le début de sa mise en œuvre. Il faut mentionner enfin, la *Politique Nationale de Nutrition 2000-2010*, qui a abouti à la création du

---

<sup>112</sup> République Démocratique du Congo, Ministère du Genre, de la Famille et de l'Enfant, *Politique nationale d'intégration du genre, de promotion de la famille et de protection de l'enfant*, Kinshasa, 2008, 52 p. Disponible en ligne : <http://stageciefgenre2009.unblog.fr/files/2009/09/politiquegenrefamilleetenfant210072008.pdf>.

Programme National de Nutrition (PRONANUT). Les objectifs poursuivis par ce programme concernent surtout la prévention de la malnutrition et l'information en matière nutritionnelle. Un *Plan Stratégique de Nutrition 2011-2015 (PSN)* a ensuite été adopté dans le cadre du *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015* et des efforts du Gouvernement pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

## 5.7 Cohérence et pertinence des politiques, plans et programmes

L'examen des politiques, plans et programmes ayant un rapport avec la population, révèle que la variable démographique n'est quasiment jamais véritablement prise en compte. Elle reste généralement considérée comme un donné, c'est-à-dire une variable hors du champ de l'action politique, et sur laquelle il n'est pas possible ni souhaitable d'agir (contrairement à ce qu'ont pu faire les pays émergents dans les années 1960 ou 1970, voir 1.3).

Au mieux, il y a reconnaissance, dans quelques documents, de la croissance rapide de la population, comme c'est le cas dans la *Stratégie de Développement de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (2010/11–2015/16)*. Mais, le plus souvent, la croissance de la population n'est même pas évoquée, et la dimension démographique des domaines couverts par les politiques, plans et programmes, est ignorée. C'est ainsi que dans la plupart des cas, les objectifs sont exprimés en pourcentage de la population totale, sans référence explicite aux effectifs concernés, ni à leur augmentation pendant la durée du plan ou du programme. La *Stratégie de Développement de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel* donne cependant des projections d'effectifs à scolariser en forte augmentation, mais sans faire de commentaires à ce sujet.

Le *DSCR 2 2011-2015* est le seul document où l'impact de la croissance démographique sur les secteurs sociaux et le développement en général est explicitement évoqué (voir 5.5). Le document reconnaît ainsi que « le taux de croissance démographique estimé à 3,1 % par an reste préoccupant et préjudiciable au développement économique du pays, car il entraîne une forte demande sociale notamment dans les secteurs de l'éducation, de l'emploi, du logement, de la santé et du transport à laquelle les politiques sociales doivent répondre ». Il suggère ensuite qu'une attention particulière soit accordée, non seulement à la promotion de la croissance économique et à la réduction des inégalités, mais aussi à la maîtrise de la croissance démographique, en raison de la relation existant entre la pauvreté et la taille élevée des ménages. Enfin, le *DSCR 2* indique que, compte tenu de l'importance du domaine démographique sur la santé maternelle et néonatale, la redynamisation de la planification familiale fait partie des priorités du Gouvernement. Mais la *Déclaration de Politique Nationale de Population* de 2008, élaborée par le CONAPO, qui dépend du Ministère du Plan, n'est jamais mentionnée, et il n'est pas fait mention de ses objectifs.

Pourtant dans l'avant propos du *DSCR 2*, le Ministre du Plan de l'époque évoque le besoin d'une politique démographique qui s'inscrive dans un cadre global intégrant l'ensemble des dimensions du développement, ce qui correspond effectivement à l'approche qu'il convient d'adopter en la matière. Il indique ainsi que la vision du *DSCR 2* :

« vise à conférer à la RDC l'image d'un pays et d'un peuple unis, épris de paix, de justice et de liberté dans une démocratie consolidée ; un territoire national entièrement pacifié, vivant dans l'ordre et la discipline à l'intérieur de frontières sûres ; un pays doté des institutions politiques, économiques et sociales constituées sur la base des valeurs et/ou principes démocratiques, de compétence et d'égalité de sexe ; une économie rurale et urbaine stable, à forte croissance inclusive, durable, compétitive et intégrée dans le dynamisme des échanges internationaux et créatrice d'emplois décents et productifs ; un vaste territoire totalement intégré et désenclavé pour plus de fluidité dans la circulation des biens et des personnes à travers des infrastructures modernes ; une génération sans SIDA, en bonne santé et bien formée, ayant accès à un emploi décent et capable d'accompagner le développement économique, social et culturel du pays ; un pays déterminé à mener une politique démographique appropriée et engagé dans un partenariat mondial en vue de conserver, de protéger et de rétablir la santé et l'intégrité de l'écosystème terrestre. »

Toutefois, comme indiqué précédemment cette reconnaissance explicite des interactions existant entre croissance démographique et développement, ne se traduit pas par des recommandations précises visant à maîtriser la croissance démographique. En fait, l'approche des problèmes associés à la forte croissance démographique reste essentiellement une approche de santé, et de santé reproductive.

Le tableau 5.7.1 ci-dessous récapitule les objectifs démographiques figurant dans les différentes politiques, plans et programmes examinés. Nous n'avons pas repris ici les chiffres du *DSCR 2* concernant l'atteinte des objectifs du Millénaire, puisque ceux-ci se contentent de faire un point sur la

question, et que pour plusieurs de ces objectifs, le *DSCR* 2 indique qu'il est peu vraisemblable qu'ils soient atteints.

Tableau 5.7.1 : Objectifs démographiques selon les politiques, plans, et programmes examinés

Indicateurs/objectifs/politiques, plans, programmes	Mortalité infantile	Mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (NV)	Prévalence contraceptive (méthodes modernes)
<i>Politique de Population (2008-2015)</i>	De 126 ‰ en 2001 à 63 ‰ en 2015	De 1289 décès pour 100 000 NV en 2001 à 645 décès pour 100 000 NV en 2015	De 4,6 % en 2001 à 15 % en 2015
<i>Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015)</i>	De 92 ‰ en 2010 à 40 ‰ en 2015	De 549 décès pour 100 000 NV en 2010 à 300 décès pour 100 000 NV en 2015	Non quantifié
<i>Politique Nationale de Santé de la Reproduction (2008-2015)</i>	De 126 ‰ en 2001 à 63 ‰ en 2015	De 1289 décès pour 100 000 NV en 2001 à 322 décès pour 100 000 NV en 2015	De 4,6 % en 2001 à 15 % en 2015
<i>Plan Stratégique de la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (2008-2012)</i>	De 126 ‰ en 2001 à 63 ‰ en 2015	De 1289 décès pour 100 000 NV en 2001 à 322 décès pour 100 000 NV en 2015	De 4,6 % en 2001 à 15 % en 2015
<i>Feuille de Route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2008-2015)</i>	De 126 ‰ en 2001 à 63 ‰ en 2015	De 1289 décès pour 100 000 NV en 2001 à 322 décès pour 100 000 NV en 2015	De 4,6 % en 2001 à 15 % en 2015
<i>Politique nationale d'intégration du genre, de promotion de la famille et de protection de l'enfant (2008)</i>	Non quantifié	De 1289 pour 100 000 NV en 2001 à 900 décès pour 100 000 NV en 2015	Non quantifié

Sources : politiques, plans et programmes examinés.

Il existe une certaine cohérence entre les données utilisées et les objectifs retenus. Ainsi, concernant les taux de mortalité infantile et de mortalité maternelle, tous les documents, sauf un, utilisent comme données de départ celles de l'Enquête *MICS 2001*. Seul le *Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015)* utilise les données de l'*EDS 2007*, ce qui est normal, puisque ces données n'étaient pas disponibles au moment de l'élaboration des autres documents. En revanche, tous les documents utilisent le taux de 4,6 % de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes donné par l'enquête *MICS 2001*. Concernant les objectifs, les baisses projetées pour la mortalité infantile sont identiques pour tous les documents, sauf pour le *Plan National de Développement Sanitaire* qui, partant d'un niveau plus bas, anticipe un niveau inférieur en 2015 (40 ‰ contre 63 ‰). Les objectifs de baisse de la mortalité maternelle sont de 322 pour 100 000 naissances vivantes dans trois documents, et de 300 pour 100 000 naissances vivantes dans le *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*. Ils sont beaucoup plus élevés dans la *Politique de Population* et dans la *Politique nationale d'intégration du genre, de promotion de la famille et de protection de l'enfant*. Enfin, les objectifs retenus pour la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes en 2015 sont identiques, mais aucun objectif n'est mentionné à ce sujet dans le *Plan National de Développement Sanitaire (2011-2015)* ni dans la *Politique nationale d'intégration du genre, de promotion de la famille et de la protection de l'enfant*.

La prise en compte très marginale de la dimension démographique du développement en RDC s'explique par plusieurs raisons. La première tient, comme on l'a vu, à la reconnaissance très récente, par les autorités, du fait que les niveaux de fécondité sont trop élevés. Mais, cette reconnaissance est exprimée uniquement pour des raisons liées à la santé de la mère et de l'enfant, puisqu'en 2013, la croissance de la population était toujours considérée comme satisfaisante et ne nécessitant pas d'interventions particulières<sup>113</sup>.

Une autre raison tient à ce qu'on pourrait appeler le « syndrome de grandeur ». Nombre de Congolais restent en effet persuadés que, compte tenu des richesses considérables de la RDC et de l'immensité de son territoire, « il n'y a qu'à » le peupler et le mettre en valeur pour que la RDC occupe en Afrique et au niveau mondial la place qui lui revient. Dans ces conditions, il n'est ni nécessaire, ni souhaitable de réduire la croissance démographique et la fécondité des femmes congolaises, malgré les difficultés

<sup>113</sup> Voir « Democratic Republic of the Congo - Government Views and Policies », p. 238, dans Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, *World Population Policies 2013*, New York, Nations Unies, 2013, 542 p. Disponible en ligne : <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WPP2013/wpp2013.pdf#zoom=100>.

passées et présentes à satisfaire les besoins de la population. Ainsi, le chiffre d'un milliard de Congolais, équivalent à la population de la Chine, n'est pas considéré par certains comme utopique. De fait, comme on l'a vu (en 4.2) si la fécondité restait de 6 enfants par femme tout au long du 21<sup>e</sup> siècle, la population de la RDC en 2100 serait de 1,2 milliard d'habitants. Cela dit, la Chine a une superficie de 9,7 millions de kilomètres carrés, contre 2,3 millions de kilomètres carrés pour la RDC, et surtout, il lui a fallu près de 500 ans pour passer de 84 millions d'habitants vers 1500 (chiffre voisin de la population actuelle de la RDC) à un milliard d'habitants en 1982, et 1,4 milliard aujourd'hui. Il est a priori plus facile pour un pays de s'adapter, d'un point de vue agricole, sociétal, etc., à une multiplication par 12 de sa population en cinq siècles, que de s'adapter à une multiplication équivalente en moins d'une centaine d'années. Cette perception du « *temps historique* » est généralement ignorée dans les jugements portés sur les interrelations entre phénomènes économiques et phénomènes démographiques. Et comme le montre l'analyse du contenu des divers documents étudiés, y compris le *DSCR P 2*, ceux-ci reflètent bien l'idée dominante selon laquelle une forte croissance économique est la principale, sinon la seule variable qui compte pour satisfaire les besoins de la population et promouvoir le développement du pays.

La prise en compte marginale de la dimension démographique du développement est également à rapprocher du statut de la femme dans la société congolaise. Lors de l'enquête *EDS 2007*, des questions ont été posées aux femmes, sur leur vie à l'intérieur du ménage, sur les raisons qui justifiaient selon elles que leur mari ou partenaire les frappe, et sur les violences physiques qu'elles avaient subies<sup>114</sup>. Globalement, les décisions au sein du ménage sont prises principalement par l'homme, y compris pour les soins de santé personnels de la femme. Mais, c'est la femme qui décide concernant la préparation quotidienne des repas. Concernant les raisons justifiant, selon les femmes que leur mari ou partenaire les frappe (elles brûlent la nourriture, elles argumentent avec leur mari ou partenaire, elle sortent sans le leur dire, elle négligent les enfants, et elles refusent d'avoir des rapports sexuels) plus de la moitié des femmes ont répondu qu'elles pensaient qu'un homme avait le droit de battre sa femme si cette dernière sortait sans le lui dire ou si elle négligeait les enfants. Concernant, les violences physiques, les résultats de l'*EDS 2007* indiquent que près de deux femmes sur trois (64 %) ont déclaré avoir subi à un moment ou un autre de leur vie depuis l'âge de 15 ans, des violences physiques. Environ une femme sur deux (49 %) a ainsi déclaré avoir subi des actes de violence au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Cette prévalence élevée, ancienne ou récente, varie bien sûr selon les provinces, la province de l'Équateur étant celle où les femmes ont le plus fréquemment déclaré avoir subi des violences. Mais toutes les femmes sont concernées, même si l'intensité de ces violences varie selon certaines caractéristiques (revenus, niveau d'instruction, statut d'activité des femmes et statut matrimonial). Cependant, ce sont les femmes en union qui ont déclaré avoir subi le plus fréquemment des actes de violences, qu'il s'agisse de violences passées (69 %) ou récentes (59 %). Par ailleurs, 12 % des femmes ont déclaré avoir subi des violences alors qu'elles étaient enceintes. Parmi les causes directes de ces violences, la consommation d'alcool par le mari/partenaire joue un rôle prépondérant. Ainsi, la proportion de femmes ayant subi des actes de violence passe de 65 % chez les femmes dont le mari ne boit pas d'alcool (ce qui reste élevé), à 76 % pour celles dont le mari est parfois ivre, et à 90 % pour celles dont le mari est souvent ivre. L'ensemble de ces résultats souligne, s'il en était besoin, l'ampleur des efforts qui restent à accomplir pour que les femmes aient toute leur place dans la société, et puissent prendre en toute liberté, (conjointement avec leur mari/partenaire ou seules), toutes les décisions qui les concernent directement, notamment en matière de santé et de procréation.

Cependant, la place des femmes au sein du ménage et dans la société reste à l'évidence un enjeu de pouvoir entre hommes et femmes et entre générations, à la croisée des chemins entre traditions et modernité, ce qui s'exprime entre autres par les préférences élevées en matière de fécondité. C'est ainsi que selon les résultats de l'*EDS 2007*, tandis que les femmes en union de 15 à 49 ans donnaient un nombre idéal d'enfants de 6 à 8 enfants, les hommes en union, eux, indiquaient un nombre idéal de 8 enfants<sup>115</sup>.

---

<sup>114</sup> République Démocratique du Congo, Ministère du Plan avec la collaboration du Ministère de la Santé, *République Démocratique du Congo, Enquête démographique et de santé, 2007*, août 2008, p. 287-310. Disponible en ligne: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

<sup>115</sup> République Démocratique du Congo, Ministère du Plan avec la collaboration du Ministère de la Santé, *République Démocratique du Congo, Enquête démographique et de santé, 2007*, août 2008, p. 101. Disponible en ligne: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

## 6. Comment gérer la variable population en RDC ?

### 6.1 Les partenaires au développement

Plusieurs agences du Système des Nations Unies et de la coopération bilatérale, des Organisations Internationales et locales, apportent leur appui au Gouvernement et à la population en matière de développement, chacune selon son domaine d'intervention. Rappelons que l'aide officielle au développement a représenté en moyenne 25 % du revenu intérieur brut de la RDC entre 2004 et 2012, et 28 % pour les trois dernières années connues (2010, 2011, 2012) (voir 3.1). Selon les données de la Banque mondiale, plus de la moitié de cette aide provenait, pour les années 2010, 2011 et 2012, des membres du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE<sup>116</sup>. Parmi ceux-ci, les États-Unis, la France, l'Union européenne, la Belgique, le Royaume-Uni et l'Allemagne, étaient les contributeurs bilatéraux les plus importants, et représentaient à eux six, plus de 70 % de l'aide reçue des membres du CAD.

La liste des organisations ou agences du Système des Nations Unies et de coopération bilatérale qui suit n'est pas exhaustive et se limite aux organisations ou agences pour lesquelles nous avons pu avoir accès à des informations détaillées. Il s'agit de :

1. La Banque mondiale : depuis la reprise de ses activités en RDC en 2001 après environ dix ans d'interruption, la Banque mondiale apporte son appui dans les domaines suivants : a) la réhabilitation des infrastructures (routes, chemins de fer, eau potable, électricité, et les infrastructures des secteurs de la santé et de l'éducation) ; b) la gouvernance dans la gestion des finances publiques ; c) le secteur des mines ; d) la réforme des entreprises publiques ; e) l'amélioration du climat des affaires ; f) l'amélioration de l'offre des services sociaux de base (santé, éducation) ; et g) l'environnement et l'agriculture. En 2013, un nouveau cycle d'intervention entre la RDC et la Banque mondiale a été lancé. Il couvre la période allant de 2013 à 2016. Pour 2014, la Banque mondiale a approuvé 82 prêts et crédits au profit de la République Démocratique du Congo pour un montant total de 3,67 milliards de dollars américains. La valeur des engagements pour les huit opérations actuellement financées par l'IDA et la BIRD est d'environ 1,4 milliard de dollars américains<sup>117</sup>. Dans le domaine de la santé, la Banque mondiale apporte en particulier son appui au PARSS ou *Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé*, qui couvre environ 10 millions de personnes dans cinq provinces (Bandundu, Équateur, Katanga, Kinshasa et Maniéma) à travers un don de 75 millions de dollars américains pour une période allant de juin 2011 à juin 2014. Un don de 80 millions de dollars a également été accordé pour la lutte contre le paludisme dans les mêmes provinces, plus celles du Nord-Kivu et du Sud-Kivu. Un autre don de 30 millions de dollars a été accordé pour les services de vaccination dans l'ensemble du pays ;
2. La BAD ou Banque Africaine de Développement : la BAD intervient en RDC dans plusieurs domaines, notamment dans le domaine du développement rural, avec une enveloppe de 50,9 millions de dollars américains pour une durée de 5 ans à partir de 2012. Le *Projet d'appui au développement des infrastructures rurales (PADIR)* est localisé dans le sud de la RDC, dans les provinces du Bas-Congo, Bandundu, Kasai Occidental, Kasai Oriental et Katanga. Ces provinces abritent environ 36 millions d'habitants. Cette population compte 60 % de pauvres vivant avec moins d'un dollar PPA par jour. Le choix de ces provinces est dicté par leur pauvreté, mais également par le fait qu'elles disposent de fortes potentialités agricoles et constituent les principales sources d'approvisionnement en aliments des grandes villes de la RDC. Les principales réalisations attendues sont : a) la réhabilitation de 1905 km de pistes, 9 quais d'accostage, 212 points d'eau potable, 77 forages, 18 réseaux d'adduction d'eau potable, 40 marchés, 30 entrepôts et 16 aires d'abattage ; b) l'appui à 10 centres de formation professionnelle, 10 structures de réinsertion sociale (dont 60 % pour les femmes), 10 ateliers d'artisans et 10 ateliers d'associations de transformation (dont 60 % pour les femmes) ; et c) la formation et le recyclage de 300 cadres et agents techniques pour 500 associations et comités de gestion des infrastructures regroupant 5000 membres. Le nouveau *Document de Stratégie Pays*, qui porte sur le nouveau programme d'intervention de la BAD en RDC de 2013 à 2017 définit deux piliers d'actions prioritaires. Il s'agit : a) du développement d'infrastructures de soutien à l'investissement privé et à l'intégration régionale ; et b) du renforcement des capacités de l'État en vue d'accroître les recettes publiques et d'asseoir un cadre incitatif pour

<sup>116</sup> Voir Banque mondiale, *Flux nets de l'aide bilatérale des donateurs du CAD, total (\$US courants)*, disponible en ligne : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/DC.DAC.TOTL.CD>.

<sup>117</sup> Voir Banque mondiale, *République Démocratique du Congo, Projets et programmes*. Disponible en ligne : <http://www.banquemondiale.org/fr/country/drc/projects>.

l'investissement privé. Le budget estimatif de ce nouveau cycle d'intervention est évalué à 862 340 millions de dollars américains<sup>118</sup> ;

3. Le PNUD ou Programme des Nations Unies pour le développement : le PNUD intervient actuellement en RDC dans le domaine de l'agriculture par son projet d'*Appui aux petits exploitants agricoles pour l'adaptation au changement climatique (PANA)*. Ce projet a pour objectif de renforcer les capacités du secteur agricole en RDC par une planification et une réponse aux menaces additionnelles que représentent les changements climatiques pour la production et la sécurité alimentaire. Les communautés locales doivent ainsi bénéficier des retombées des services tirés de l'exploitation des écosystèmes et des ressources naturelles (terre, eau et forêts), et des mécanismes et initiatives d'adaptation et d'atténuation face aux changements climatiques. Le coût total de ce projet, qui couvre la période 2010-2013<sup>119</sup>, est de 6 050 000 dollars américains ;
4. Le FIDA ou Fonds international de développement agricole : le FIDA/RDC axe ses interventions sur la relance et le développement du secteur agricole, les infrastructures routières, et les services sociaux de base en milieu rural. Il est présent en RDC depuis 1980, mais a dû suspendre ses activités en 1999, suite à la situation de guerre de l'époque. Il les a ensuite reprises en 2004. De 1980 à 1999, et depuis 2004, près de 361 000 ménages ont bénéficié de 6 programmes mis en œuvre par le FIDA, notamment dans la province de l'Équateur, la Province Orientale et le Maniema ;
5. La FAO ou Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture : la FAO, qui est présente en RDC depuis plus de 30 ans, est l'un de ses plus anciens partenaires. En conformité avec les stratégies de réduction de la pauvreté du Gouvernement congolais, la FAO a lancé en mai 2009 un projet de deux ans, dans le cadre de la Facilité alimentaire de l'Union européenne, pour relancer la production agricole et tenter d'améliorer l'accès des agriculteurs aux marchés. Grâce à un financement équivalent à un peu plus de 9 millions d'euros<sup>120</sup>, quelque 36 000 ménages vulnérables (approximativement 180 000 personnes) bénéficient d'une série d'activités destinées, notamment, à améliorer l'accès à des intrants de qualité et aux moyens de transport, ainsi qu'à améliorer ou créer des installations d'entreposage. L'objectif est également d'améliorer l'approvisionnement en produits alimentaires des principaux marchés urbains de Kisangani, Kindu, Kananga, Mbuji-Mayi et Tanganyika, tout en permettant aux petits agriculteurs d'améliorer leurs revenus. À cette fin, la FAO s'attache plus particulièrement à renforcer les connaissances techniques en matière de production, d'entreposage, de transformation et de commercialisation des produits agricoles, et à améliorer le réseau des routes rurales, pour permettre aux agriculteurs d'acheminer leurs produits jusqu'aux marchés. La FAO appuie également les activités de renforcement des capacités destinées aux associations d'agriculteurs ;
6. Le PAM ou Programme Alimentaire Mondial : chaque année le PAM nourrit plus de trois millions de personnes en RDC, dont plus d'un million d'enfants dans les cantines scolaires. Le PAM travaille surtout en situation de catastrophe humanitaire et centre ses interventions dans les domaines suivants : protection, éducation, fourniture d'articles ménagers essentiels et d'abris d'urgence, eau, hygiène et assainissement, santé, nutrition, sécurité alimentaire, assistance multisectorielle aux besoins spécifiques des réfugiés, et logistique. Pour son plan d'action humanitaire 2013 en RDC, le budget révisé du PAM s'élève à 892,6 millions de dollars américains<sup>121</sup>.
7. L'UNESCO ou Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, est le principal et le plus ancien partenaire de la RDC dans le domaine éducatif et culturel. Dans son programme 2011-2013, son financement était en grande partie destiné à l'appui aux processus de planification, suivi et évaluation, des réformes du système éducatif congolais ;
8. L'UNICEF ou Fonds des Nations Unies pour l'enfance : l'UNICEF apporte son appui essentiellement dans cinq domaines prioritaires. Il s'agit de : a) la survie et le développement de l'enfant ; b) l'éducation de base et l'égalité des sexes ; c) la gouvernance pour la protection de l'enfant ; d) le développement de l'environnement favorable aux droits des enfants ; et e) la

<sup>118</sup> Banque africaine de développement, Fonds africain de développement, *Document de stratégie pays 2013-2017*, page 32.

<sup>119</sup> Voir Programme des Nations Unies pour le développement, *Appui aux petits exploitants agricoles pour l'adaptation au changement climatique (PANA)*. Disponible en ligne :

[http://www.cd.undp.org/content/rdc/fr/home/operations/projects/environment\\_and\\_energy/pana.html](http://www.cd.undp.org/content/rdc/fr/home/operations/projects/environment_and_energy/pana.html).

<sup>120</sup> Food and Agriculture Organization of the United Nations. Voir en ligne :

<http://www.fao.org/countryprofiles/index/fr/?iso3=COD>.

<sup>121</sup> Voir RDC Humanitaire, *Plan d'action humanitaire 2013*. Disponible en ligne : <http://rdc-humanitaire.net/index.php/plan-daction-humanitaire-2012/3034-plan-daction-humanitaire-2013>.

réponse à l'urgence et la préparation à la transition démocratique. L'UNICEF a multiplié son engagement financier au profit de la RDC au cours des dernières années. Les deux tiers de son appui concernent l'enseignement primaire, un quart concerne l'enseignement secondaire, et le reste (moins de 10 %), le pré-primaire. Un nouveau cycle de programme a été adopté pour la période 2013-2017 ;

9. L'USAID ou Agence des États-Unis pour le développement international : l'USAID finance actuellement neuf nouveaux projets d'intérêt communautaire en RDC. Ces projets sont étalés sur une période de 3 à 5 ans. Au cours des trois dernières années connues (2010, 2011, 2012), la coopération bilatérale entre la RDC et les États-Unis a atteint un montant de plus de 600 millions de dollars américains par an. Les activités correspondantes sont exécutées soit directement par l'USAID, soit par ses partenaires. Elles concernent un large éventail de domaines, tels que : l'éducation, la santé et le VIH/sida, la bonne gouvernance, la décentralisation, les élections, la paix et la stabilité, le développement agricole et l'augmentation des rendements, ainsi que la lutte contre les violences sexuelles ;
10. L'Agence Française de Développement (AFD), est présente en RDC depuis 1976, mais avec une interruption de ses activités entre 1991 et 2003. Les activités de l'AFD en RDC se concentrent dans les domaines de l'amélioration des services sociaux de base (santé et éducation) et de l'appui à l'élaboration des politiques publiques, particulièrement en matière de santé, d'éducation, de formation professionnelle, et de gestion de l'environnement. Elle appuie également l'amélioration de l'environnement économique, notamment en favorisant l'accès au crédit et au microcrédit. Depuis la reprise de ses activités en RDC en 2004, l'AFD a développé des projets dans les secteurs de l'éducation et de la formation professionnelle, de la santé, de l'eau, des forêts et de l'appui au secteur privé. Au cours des trois dernières années connues, la coopération bilatérale entre la RDC et la France a atteint un montant de près de 400 millions de dollars américains par an ;
11. La Coopération Technique Belge ou CTB : la coopération bilatérale entre la Belgique et la RDC a repris en 2000, après neuf ans de suspension. Depuis lors, les activités de coopération se sont multipliées dans de nombreux secteurs : infrastructures, santé, appui aux institutions et à la bonne gouvernance, développement communautaire, et éducation. Au cours des trois dernières années connues, la coopération bilatérale entre la RDC et la Belgique a atteint un montant de plus de 300 millions de dollars américains par an. La RDC est le premier bénéficiaire de la coopération belge. Une plus grande efficacité des interventions est recherchée grâce à une délimitation géographique des aires d'action. Par ailleurs, le programme de coopération belge s'oriente vers trois secteurs clés : l'agriculture, le développement rural et l'enseignement technique et professionnel ;
12. La Coopération Japonaise, ou JICA, œuvre essentiellement au renforcement des capacités des ressources humaines dans le secteur de la santé, à la réhabilitation des infrastructures routières et scolaires, ainsi que dans les domaines de l'énergie, de l'environnement et de la formation professionnelle. Elle est présente à Kinshasa et dans les provinces du Bas-Congo et du Bandundu. Au cours des trois dernières années connues, la coopération bilatérale entre la RDC et le Japon a atteint un montant de plus de 100 millions de dollars américains par an.

Pour être exhaustif, il aurait également fallu détailler les actions de coopération de l'Union européenne (320 millions de dollars américains par an en moyenne pour 2010, 2011, 2012) ; de la coopération britannique (DFID) (près de 300 millions de dollars américains par an pour 2010, 2011, 2012) ; de la coopération allemande (GIZ) (environ 250 millions de dollars américains par an pour 2010, 2011, 2012) ; de la coopération italienne (près de 200 millions de dollars américains par an pour 2010, 2011, 2012) ; des coopérations néerlandaise, suédoise (SIDA) et espagnole (plus de 100 millions de dollars américains par an pour chacune, pour 2010, 2011, 2012) ; des coopérations canadienne, autrichienne, et norvégienne (NORAD) (entre 30 et 50 millions de dollars américains par an selon les cas, pour 2010, 2011, 2012) ; et d'autres encore, puisque la Banque mondiale a recensé 25 pays membres du CAD ayant des activités de coopération avec la RDC. Il aurait fallu également mentionner quelques-unes des ONG internationales (comme par exemple la Croix-Rouge) dont les activités en RDC sont importantes. Le tableau 6.1.1, tente de résumer les domaines d'interventions des principaux partenaires au développement identifiés.

Tableau 6.1.1 : Priorités et domaines d'intervention des principaux partenaires au développement

Structures	Priorités d'intervention	Educa-tion	Agriculture, sécurité alimentaire	Dévelop-pement rural	Eau et assainis-sement	Aménagement du territoire et urbanisme
Banque mondiale	Secteurs sociaux de base	X	X	X	X	X
BAD	Multisectorielles		X	X	X	X
PNUD	Lutte contre la pauvreté	X	X	X	X	X
FIDA	Agriculture et développement rural		X			
FAO	Alimentation et agriculture		X	X		
PAM	Alimentation en cas de catastrophe		X		X	
UNESCO	Éducation et culture	X				
UNICEF	Enfants et femmes	X				
USAID	Multisectorielles	X	X	X	X	
AFD	Multisectorielle	X		X	X	X
Union européenne	Multisectorielles	X	X	X	X	X
CTB	Infrastructures, éducation, renforcement des capacités	X	X		X	X
DFID	Multisectorielle	X			X	
GTZ	Santé	X	X	X	X	

Source : compilation des auteurs.

À l'évidence, le retour de la paix en 2002, puis de la stabilité politique, a permis à la RDC de renouer des liens, souvent rompus dans les années 1990, avec de nombreux partenaires au développement. Il faut noter la grande diversité de ces partenaires, diversité qui est l'échelle de l'étendue du pays, mais également de l'ampleur des efforts de reconstruction à accomplir et des besoins de base d'une population en croissance rapide. C'est pourquoi, dans de nombreux cas, les interventions des partenaires sont limitées à quelques provinces. Les domaines concernés sont aussi très variables d'une organisation ou d'une agence à l'autre, de même que les montants en jeu. Mais, on retrouve souvent l'agriculture, les infrastructures, l'éducation, et la santé. On retiendra aussi que les interventions des partenaires sont généralement limitées à quelques années, même si, dans de nombreux cas, des phases 2 ou 3 des projets sont élaborées, qui permettent de prolonger les interventions antérieures.

## 6.2 Les partenaires en population et santé de la reproduction

De nombreux acteurs interviennent en RDC dans les domaines de la population et de la santé reproductive. Ces acteurs peuvent être regroupés en quatre catégories :

1. Les bailleurs (agences du Système des Nations Unies et agences de coopération bilatérale), qui généralement n'interviennent pas directement sur le terrain, mais apportent un soutien à la fois aux autorités congolaises (à travers l'appui qu'ils prêtent au Ministère de la Santé publique et à ses services), ainsi qu'à diverses ONG internationales ou nationales ;
2. Les ONG internationales, qui interviennent généralement sur le terrain, seules ou à travers des structures nationales (publiques ou privées) ;
3. Les ONG nationales, qui interviennent aussi sur le terrain grâce à des financements d'origines diverses ;
4. Les institutions gouvernementales, qui sont chargées de coordonner et de superviser les activités des différents acteurs ; de veiller à l'application des normes nationales ; et de faire le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des autorités, de la société civile, et des bailleurs.

Nous avons recherché, pour les principaux acteurs que nous avons pu identifier, quelles étaient leurs activités dans cinq champs de la santé reproductive (SR) : 1) la mortalité maternelle ; 2) les enfants (mortalité des enfants et nutrition) ; 3) la planification familiale ; 4) le VIH/sida et les IST ; et 5) les violences contre les femmes. Selon les informations auxquelles nous avons pu avoir accès (qui ont

leurs limites, et ne sont pas nécessairement exhaustives ni entièrement fidèles), nous avons recensé 34 acteurs, et nous avons identifié leurs principaux champs d'intervention. Ces informations sont présentées dans le tableau 6.2.1 ci-dessous.

Tableau 6.2.1 : Domaines d'intervention des acteurs en santé de la reproduction

<b>Bailleurs</b>
<b>FNUAP</b> , Fonds des Nations Unies pour la population : mortalité maternelle, planification familiale, VIH/sida, violence contre les femmes
<b>USAID</b> , Agence des États-Unis pour le développement international : planification familiale, VIH/sida
<b>DFID / UK AID</b> , Département du Royaume-Uni pour le développement international : mortalité maternelle et infantile, planification familiale
<b>ACDI</b> , Agence canadienne de développement international : mortalité maternelle et infantile, violence contre les femmes
<b>Banque mondiale via le PARSS - Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé</b> : mortalité maternelle et infantile, planification familiale, VIH/sida
<b>OMS</b> , Organisation mondiale de la Santé : mortalité maternelle et infantile, planification familiale, VIH/sida, violences sexuelles
<b>UNICEF</b> , Fonds des Nations Unies pour l'enfance : mortalité des enfants, VIH/sida
<b>ONUSIDA</b> , Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida : VIH/sida
<b>AFD</b> , Agence Française de Développement : mortalité maternelle et infantile
<b>ONG internationales</b>
<b>ASF/PSI</b> , Association de Santé Familiale : planification familiale
<b>Care International en RDC</b> : mortalité maternelle et infantile, planification familiale
<b>IRC</b> , Comité international de secours : mortalité maternelle, planification familiale, violence contre les femmes
<b>Cordaid</b> , Organisation catholique pour les secours et l'aide au développement : mortalité maternelle, planification familiale
<b>DKT International en RDC</b> : planification familiale
<b>C-Change</b> : planification familiale, VIH/sida
<b>HEAL Africa</b> : mortalité maternelle, planification familiale
<b>IRH</b> , Institut de santé reproductive, Université de Georgetown : planification familiale
<b>IMC</b> , International Medical Corps : mortalité maternelle, planification familiale
<b>JGI</b> , Institut Jane Goodall : planification familiale
<b>MSH</b> , Management Sciences for Health : mortalité maternelle et infantile, planification familiale
<b>MSF Pays-Bas</b> : planification familiale
<b>MERLIN</b> : planification familiale, violence contre les femmes
<b>PATH</b> planification familiale, VIH/SIDA
<b>Pathfinder International</b> : mortalité maternelle, planification familiale, violence contre les femmes
<b>Save the Children</b> : mortalité maternelle et infantile, planification familiale
<b>WWF / Fonds mondial pour la nature</b> : planification familiale

---

### Organisations nationales

---

**ABEF-ND (Association pour le Bien-être Familial - Naissances Désirables, association membre de l'IPPF)** : planification familiale, VIH/sida

---

**Conduite de la Fécondité** :  
planification familiale, VIH/sida

---

**Église du Christ au Congo (ECC) / SANRU** :  
planification familiale

---

**SOFEPADI / Solidarité Féminine pour la Paix et le Développement Intégral** :  
planification familiale, violence contre les femmes

---

**Hôpital Général de Référence de Panzi** :  
mortalité maternelle et infantile, planification familiale, VIH/sida, violence contre les femmes

---

**UMA, Umoja Maendeleo Association** :  
mortalité maternelle et infantile, planification familiale, VIH/sida, violence contre les femmes

---

### Institutions gouvernementales

---

**PNSR / Programme National de Santé de la Reproduction** :  
mortalité maternelle, planification familiale, violence contre les femmes

---

**PNSA / Programme National de Santé de l'Adolescent** :  
planification familiale, VIH/sida, violence contre les femmes

---

Source : [http://www.planificationfamiliale-rdc.net/back\\_office/organizations.php](http://www.planificationfamiliale-rdc.net/back_office/organizations.php).

Selon ces données, parmi les 34 acteurs recensés, 30 mènent des actions/activités liées à la planification familiale. Ce chiffre élevé s'explique en partie par la principale source utilisée, à savoir le site « Organisations de Planification Familiale en RDC »<sup>122</sup>, de sorte que les activités autres que celles concernant la planification familiale ont peut-être été sous-estimées. Viennent ensuite 17 acteurs menant des actions/activités qui concernent la mortalité maternelle ; 14 acteurs menant des actions/activités qui concernent le VIH/sida et les IST ; 12 acteurs menant des actions/activités qui concernent les enfants ; et 10 acteurs menant des actions/activités qui concernent la violence contre les femmes. Il est à noter que l'on trouve plusieurs organisations d'origine confessionnelle parmi les acteurs en planification familiale, qui, pour les organisations catholiques, font la promotion des méthodes dites naturelles.

Les trois-quarts de ces acteurs interviennent dans deux champs au moins de la santé reproductive, et 40 % dans trois champs, ce qui indique que les diverses composantes du concept de santé reproductive sont relativement bien prises en compte. Compte tenu de leurs mandats, le FNUAP et l'OMS mènent des actions/activités dans les cinq champs retenus. C'est le cas également de deux organisations nationales : l'Hôpital Général de Référence de Panzi et l'UMA / Umoja Maendeleo. La Banque mondiale, ensuite, intervient dans quatre champs, tandis qu'un quart des acteurs interviennent dans trois champs, et un tiers dans deux champs. Les deux combinaisons les plus fréquentes concernent la planification familiale et la mortalité maternelle et éventuellement la santé des enfants, ainsi que la planification familiale et le VIH/sida / IST. Enfin, huit acteurs interviennent principalement dans un seul champ. C'est le cas d'ONUSIDA, compte tenu de son mandat, ainsi que de sept autres acteurs, qui selon les informations consultées, interviennent dans le domaine de la santé reproductive, et principalement dans le champ de la planification familiale. Il s'agit de : l'ASF/PSI l'Association de Santé Familiale ; de DKT International en RDC ; de l'IRH, l'Institut de santé reproductive de l'Université de Georgetown ; du JGI, l'Institut Jane Goodall ; de MSF Pays-Bas ; du WWF, Fonds mondial pour la nature ; et de l'Église du Christ au Congo (ECC) / SANRU.

Les activités du FNUAP, ainsi que celles de l'Association pour le Bien-être Familial - Naissances Désirables (ABEF-ND), qui ont été des organisations pionnières dans le domaine de la population et de la planification familiale en RDC, méritent quelques développements.

Le FNUAP, agence spécialisée des Nations Unies pour les questions de population, intervient en RDC depuis 1978. Le FNUAP a mis en œuvre depuis cette date, quatre programmes de coopération avec la RDC. Le premier programme a couvert les années 1986-1990. Le deuxième programme, qui a été prolongé d'un an, a couvert les années 2002-2007. Dans le cadre de ce programme, le FNUAP a apporté son appui aux autorités congolaises dans plusieurs domaines : la collecte des données ; la réduction de la mortalité maternelle ; la santé reproductive des adolescents et des jeunes ; la

---

<sup>122</sup> Voir Organisations de Planification familiale en RDC. Disponible en ligne : [http://www.planificationfamiliale-rdc.net/back\\_office/organizations.php](http://www.planificationfamiliale-rdc.net/back_office/organizations.php).

prévention du VIH/sida ; l'égalité et l'équité en matière de genre, et la lutte contre les violences sexuelles ; et le renforcement des capacités techniques et institutionnelles du pays.

Le troisième programme a couvert les années 2008-2012. Il a été préparé par le Gouvernement et le FNUAP dans le contexte de la réforme des Nations Unies, et en collaboration avec la société civile et les agences du système des Nations Unies. Ce programme, qui s'inscrivait dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et du *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté 2006-2010 (DSRP 1)*, entendait contribuer à la réduction de la pauvreté en améliorant l'accès de la population à des services de qualité en matière de santé reproductive et de prévention du VIH/sida, et en intégrant les questions de population et de genre dans les politiques et programmes sectoriels et de développement du pays. Ce programme comprenait trois composantes : une composante « Santé de la Reproduction », une composante « Population et Développement » et une composante « Genre »<sup>123</sup>.

Le quatrième programme, en cours, couvre les années 2013-2017<sup>124</sup>. Il s'inscrit, comme le précédent, dans le cadre du *Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Aide au développement (PNUAD)*, qui définit pour le Gouvernement de la RDC et toutes les agences du système des Nations Unies, un certain nombre d'objectifs à atteindre au cours des années 2013-2017. Les résultats attendus du quatrième programme du FNUAP en RDC sont articulés aux cinq réalisations du *Plan Stratégique du FNUAP*, à savoir : 1) la santé maternelle et néonatale ; 2) la planification familiale ; 3) la prévention du VIH/sida et des IST; 4) l'égalité des sexes et les droits en matière de procréation ; et 5) les données pour le développement. Les cinq « produits » correspondants attendus du programme 2013-2017 sont définis et associés à des objectifs ainsi qu'à un certain nombre de stratégies pour les atteindre. Un cadre détaillé des résultats à atteindre et des ressources nécessaires à l'exécution du programme est donné en annexe. Pour l'exécution de ce quatrième programme, « le FNUAP s'engage à allouer un montant de 32,3 millions de dollars US sur ses ressources régulières, sous réserve de la disponibilité des fonds », et à rechercher avec la RDC, d'autres cofinancements ou ressources, pour un montant de 93,2 millions de dollars américains.

Il faut souligner enfin que le FNUAP dispose aujourd'hui de sous-bureaux ou antennes dans les 11 provinces du pays, et qu'il a financé en 2012 l'importation de produits contraceptifs à hauteur de 4 millions de dollars américains, ce qui représente le tiers de la valeur totale des contraceptifs importés dans l'année.

Pour ce qui est de l'Association pour le Bien-être Familial - Naissances Désirables (ABEF-ND), il s'agit de l'une des 172 associations nationales autonomes de planning familial affiliées à la Fédération internationale de planification familiale (IPPF). L'IPPF a pour objectif de promouvoir, à travers le monde : le droit à la santé reproductive et sexuelle ; l'éducation sexuelle des jeunes ; le renforcement du pouvoir des femmes vers l'égalité ; la lutte contre les MST ; et la promotion de la maîtrise de la fécondité.

L'ABEF-ND<sup>125</sup> a été fondée en 1977. Elle offre des services de santé sexuelle et reproductive, et mène des actions d'éducation et de communication en direction des jeunes. Elle mène également des actions de prévention et offre des services en matière de VIH/sida. Elle participe à la distribution à base communautaire de contraceptifs, et mène des actions de plaidoyer liées à la santé sexuelle et reproductive. En 2011, l'ABEF-ND a ainsi distribué deux millions de préservatifs et réalisé 835 000 consultations de planning familial. L'ABEF-ND dispose de deux cliniques fixes, et travaille en association avec 15 cliniques et 1120 distributeurs à base communautaire (CBD). Ses activités sont organisées en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique, le secteur privé, des établissements de santé confessionnels, et en collaboration avec de nombreuses ONG.

La diversité des partenaires, de leurs statuts, de leurs modes d'intervention et des champs qu'ils couvrent en matière de santé reproductive, complique quelque peu l'analyse des actions menées ainsi que l'évaluation de leur impact. La diversité des composantes de la santé reproductive, à savoir la santé maternelle, la santé de l'enfant, la planification familiale, les maladies VIH/sida et IST, la

<sup>123</sup> Voir Fonds des Nations Unies pour la Population - République Démocratique du Congo, *UNFPA/RDC En Bref*. Disponible en ligne : <http://www.unfparc.org/dossier.php?numdos=0&num=128>.

<sup>124</sup> Voir République Démocratique du Congo et Fonds des Nations Unies pour la Population, *Quatrième Programme de Coopération RDC-UNFPA - Plan d'Actions du Programme Pays 2013-2017*, Kinshasa, mars 2013, 32 p. Disponible en ligne : <https://data.unfpa.org/downloadDoc.unfpa?docId=17>.

<sup>125</sup> Voir la Fédération internationale de planning familial (IPPF). Disponible en ligne : <http://www.ippf.org/our-work/where-we-work/africa/congo-dem-republic>.

violence contre les femmes, mais aussi la stérilité, les soins post-avortement, les cancers liés à la reproduction, etc. ; résulte de l'approche globale de la santé reproductive adoptée lors de la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement en 1994.

De ce fait, dans de nombreux pays tels que la RDC, où la fécondité et la mortalité restent élevées, une certaine concurrence est apparue concernant la définition de priorités entre ces diverses composantes. Finalement, la priorité implicite ou explicite a souvent été donnée aux soins obstétricaux et aux soins aux enfants, et comme l'indique l'évaluation faite par les Nations Unies à ce sujet en 2004, cela s'est généralement fait aux dépens de la planification familiale<sup>126</sup>, dont les besoins sont moins pressants. Cette évaluation rappelle aussi que l'intégration des services de santé reproductive et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence, car elle permet de réduire le coût de ces services et d'en accroître la couverture géographique. Mais elle met également en évidence plusieurs obstacles à cette intégration, à savoir l'organisation structurelle verticale des soins, le manque de moyens financiers et de ressources humaines adaptés, et la faible capacité d'absorption de l'aide, auxquels il faut ajouter la détérioration de la qualité des soins fournis dans les services publics et la démoralisation des équipes, qui n'incitent pas les personnels à donner aux femmes qui se présentent en consultation pré- ou post-natale, les informations les plus basiques en matière de planification familiale<sup>127</sup>.

En somme, la question de l'intégration des services de planification familiale dans les systèmes de santé publique, et par conséquent celles de l'importance de l'appui technique et financier à apporter aux autorités et de la place à réserver aux prestataires privés, ne sont pas des questions simples. L'extension de l'utilisation de la contraception moderne passe par un examen attentif des capacités de chaque prestataire (public et privé), ainsi que des évolutions envisageables concernant la répartition des méthodes utilisées.

### 6.3 Peut-on accélérer l'utilisation de la contraception ?

Plusieurs initiatives ont été prises en RDC depuis les années 1970 pour y promouvoir l'utilisation de la contraception. En 1973, le Président de la République a fait promulguer un décret autorisant l'exercice d'activités de planification familiale basées sur le bien-être familial, sous le concept de « naissances désirables ». En 1976, la mise en œuvre des activités correspondantes a été confiée à un comité technique, le Comité National des Naissances Désirables (CNND). En 1978, le CNND devient membre associé de la Fédération internationale de planification familiale (IPPF), et est transformé peu après en une ONG : le CNND-AZBEF ou Association Zaïroise pour le Bien-être Familial. En 1982, le Ministère de la Santé Publique crée le Projet des Services des Naissances Désirables (PSND), et la même année, l'Église catholique concrétise son adhésion à la planification familiale en mettant en place le service de Planification familiale naturelle (PFN). Dans les années 1990, le PSND est d'abord transformé en Programme National de Naissances Désirables (PNND), puis en 2001, en Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR). En dépit de ces activités, les résultats ont été modestes, et il a donc été décidé d'organiser en 2004, puis en 2009, deux conférences consacrées au repositionnement de la planification familiale en RDC.

De fait, selon les résultats de diverses enquêtes menées en RDC, l'utilisation de la contraception parmi les femmes en union, toutes méthodes confondues, est passée de 7,7 % en 1991 à 17,7 % en 2010, et à 20,4 % en 2013-2014 (tableau 6.3.1). Au cours de la même période, cependant, l'utilisation de la contraception moderne est passée de 2,3 % en 1991, à 4,4 % en 2001, puis n'a augmenté que très légèrement dans les années 2000, pour atteindre 5,5 % en 2010, puis 7,8 % en 2013-2014.

L'utilisation des méthodes traditionnelles, évaluée d'après les déclarations des enquêtées, aurait quant à elle, évolué de manière erratique, puisqu'elle serait passée de 5,4 % en 1991 à 27,0 % en 2001, pour redescendre ensuite à 12,2 % en 2010, et se situer à 12,6 % en 2013-2014 (figure 6.3.1). Il faut dire que selon le déroulement des interviews, l'utilisation des méthodes traditionnelles est déclarée de manière très variable selon les pays et les enquêtes. C'est pourquoi l'analyse de l'évolution de l'utilisation de la contraception se limite le plus souvent à l'analyse de l'évolution de

---

<sup>126</sup> Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. The 2004 Report. New York, Nations Unies, 2004. Disponible en ligne : <http://www.un.org/esa/population/publications/reviewappraisal/English.pdf>.

<sup>127</sup> Y. Jaffrey et J.-P. Olivier de Sardan, dir., *Une médecine inhospitalière*. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 2003.

l'utilisation des méthodes modernes. Il faut souligner cependant que de 1991 à 2013-2014, les méthodes traditionnelles ont toujours représenté des pourcentages supérieurs à 60 %, ce qui classe la RDC parmi la douzaine de pays au monde (pays qui se trouvent tous en Afrique subsaharienne ou en Europe de l'Est), où l'utilisation des méthodes traditionnelles est plus importante que l'utilisation des méthodes modernes (c'est-à-dire dépasse les 50 %).

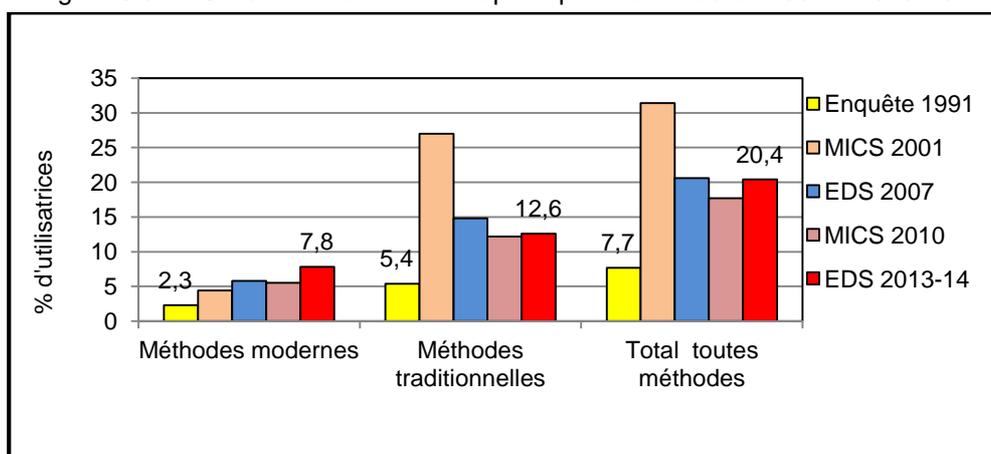
Tableau 6.3.1 : Utilisation et progression de l'utilisation de la contraception selon les méthodes, de 1991 à 2013-2014, ainsi que les besoins non satisfaits et la demande totale en contraception en 2007 et 2010, chez les femmes en union

RDC	Enquête	MICS	EDS	MICS	EDS	
Enquêtes EDS et MICS	1991	2001	2007	2010	2013-14	
<b>Prévalence de la contraception</b>						
- Méthodes modernes	2,3 %	4,4 %	5,8 %	5,5 %	7,8 %	
- Méthodes traditionnelles (1)	5,4 %	27,0 %	14,8 %	12,2 %	12,6 %	
<b>Total toutes méthodes</b>	<b>7,7 %</b>	<b>31,4 %</b>	<b>20,6 %</b>	<b>17,7 %</b>	<b>20,4 %</b>	
% Méthodes traditionnelles	70,1 %	86,0 %	71,8 %	68,9 %	61,8 %	
<b>Progression annuelle moyenne en points de pourcentage</b>						
	<b>1991-2001</b>	<b>2001-2007</b>	<b>2001-2010</b>	<b>2010-2013-14</b>	<b>1991-2013-14</b>	<b>2007-2013-14</b>
- Méthodes modernes	0,21	0,23	-0,10	0,66	0,24	0,31
- Méthodes traditionnelles	2,16	-2,03	-0,87	0,11	0,32	-0,34
<b>Total toutes méthodes</b>	<b>2,37</b>	<b>-1,80</b>	<b>-0,97</b>	<b>0,77</b>	<b>0,56</b>	<b>-0,03</b>
<b>Besoins non satisfaits et demande totale en contraception</b>			<b>EDS</b>	<b>MICS</b>		
			<b>2007</b>	<b>2010</b>		
- Pour espacement			19,9 %	17,7 %		
- Pour ne plus avoir d'enfants			7,0 %	6,5 %		
<b>Total besoins non satisfaits</b>			<b>26,9 %</b>	<b>24,2 %</b>		
<b>Demande total exprimée</b>			<b>47,5 %</b>	<b>41,9 %</b>		

Note (1) : Y compris 2,4 % pour la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), selon l'enquête MICS 2010.

Sources : Nations Unies, Division de la population, 2013 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence ; Enquêtes de 1991, MICS 2001, 2010, et EDS 2007, et Rapport préliminaire 2013-2014.

Figure 6.3.1 : Utilisation de la contraception par méthodes de 1991 à 2013-2014



Note (1) : Y compris 2,4 % pour la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), selon l'enquête MICS 2010.

Sources : mêmes sources que pour le tableau 6.3.1.

Ces chiffres révèlent des progressions très lentes de l'utilisation de la contraception. Celle-ci aurait en effet progressé en moyenne de 0,56 point de pourcentage par an pour l'ensemble des méthodes entre 1991 et 2013-2014, c'est-à-dire de 0,24 point de pourcentage pour les méthodes modernes, et de 0,32 point de pourcentage pour les méthodes traditionnelles. Dans tous les cas, ces progressions comptent parmi les plus basses observées dans le monde pour des périodes similaires. Pour la période récente, étant donné que les enquêtes *MICS* et *EDS* utilisent des méthodologies qui ne sont pas strictement comparables, il importe de comparer les résultats des mêmes enquêtes. Ainsi, entre l'*EDS 2007* et l'*EDS 2013-2014*, la progression moyenne de l'utilisation des méthodes modernes est de 0,31 point de pourcentage par an, et celle des méthodes traditionnelles, de moins 0,34 point de pourcentage par an, d'où une augmentation quasi nulle pour l'ensemble des méthodes, puisque la progression de l'utilisation des méthodes modernes s'est faite au détriment de l'utilisation des méthodes traditionnelles, moins efficaces<sup>128</sup>.

Comme indiqué en 2.1, la RDC faisait partie en 2010, des pays au monde ayant : a) les plus forts pourcentages de méthodes traditionnelles utilisées ; b) les taux de prévalence contraceptive moderne les plus faibles ; et c) les progressions les plus lentes de l'utilisation de la contraception moderne. Les résultats préliminaires de l'*EDS 2013-2014* ne remettent pas en cause cette appréciation.

Pourtant, parmi les femmes qui n'utilisaient aucune méthode de contraception, celles qui ont déclaré souhaiter espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants étaient plus nombreuses que les utilisatrices/utilisateurs de méthodes de contraception. En effet, selon les résultats, disponibles pour 2007 et 2010 seulement, ces « besoins non satisfaits » concernaient 26,9 % des femmes en union en 2007, et 24,2 % en 2010 (tableau 6.3.1). La demande totale en planification familiale (utilisatrices/utilisateurs, c'est-à-dire les besoins satisfaits plus les besoins non satisfaits) était ainsi de 47,5 % (20,6 % + 26,9 %) en 2007, et de 41,9 % (17,7 % + 24,2 %) en 2010, et elle concernait moins d'une femme en union sur deux, ce qui est peu. Appliqués aux estimations de nos projections (voir 2.2), ces pourcentages correspondaient en 2010, pour les 9,5 millions de femmes de 15-49 ans en union, à environ 1,7 million d'utilisatrices/utilisateurs d'une méthode de contraception (500 000 utilisatrices/utilisateurs d'une méthode moderne et 1,2 million d'utilisatrices/utilisateurs d'une méthode traditionnelle) ; 2,3 millions de femmes qui auraient souhaité utiliser une méthode de contraception (1,7 million pour espacer les naissances et 600 000 pour ne plus avoir d'enfants) ; et 5,5 millions de femmes n'ayant rien exprimé à ce sujet, soit parce qu'elles souhaitaient avoir un enfant, soit parce qu'elles pensaient être stériles, soit parce qu'elles étaient pas ou mal informées.

En comparaison avec les évolutions observées en RDC, la prévalence de la contraception, selon les données internationales, se situait entre 60 % et 85 % environ dans les pays émergents au milieu des années 2000. De fait, ces pays, où la prévalence de la contraception moderne était de l'ordre de 10 % à 20 % dans les années 1970, ont réalisé leur « révolution contraceptive »<sup>129</sup>, c'est-à-dire le passage de niveaux de fécondité non maîtrisés et subis, à des niveaux maîtrisés et choisis, en une quarantaine d'années. Cela correspond à des augmentations moyennes de la prévalence sur longue période d'environ 1,5 point de pourcentage par an<sup>130</sup>. Ainsi, dans ces pays, les méthodes traditionnelles sont aujourd'hui généralement peu utilisées, et les besoins non satisfaits concernent de 2 ou 3 % des femmes (Chine, Thaïlande, Maurice, etc.) à 10 % des femmes (Égypte, Mexique, Maroc, etc.). La demande totale en planification familiale dans ces pays se situe donc aujourd'hui aux alentours de 70 % à 85 % des femmes en union (soit presque deux fois plus qu'en RDC). Les 15 % à 30 % de femmes restantes ne sont pas concernées par la planification familiale soit parce qu'elles désirent être enceintes, soit parce qu'elles pensent être stériles. Cette demande totale élevée, et qui est donc largement satisfaite, est généralement exprimée par moins d'une femme sur deux pour des besoins en contraception d'espacement, et par un peu plus d'une femme sur deux par le choix fait de ne plus avoir d'enfants lorsque la taille de la famille est jugée convenable par rapport aux souhaits et aux moyens.

<sup>128</sup> L'efficacité des méthodes traditionnelles est moins grande que celle des méthodes modernes, et de ce fait, les méthodes traditionnelles sont à l'origine de nombreux échecs, ou grossesses non désirées (pour l'efficacité des diverses méthodes de contraception, voir : <http://www.futuresgroup.com/resources/software/>. Voir sous SPECTRUM, le module FamPlan.

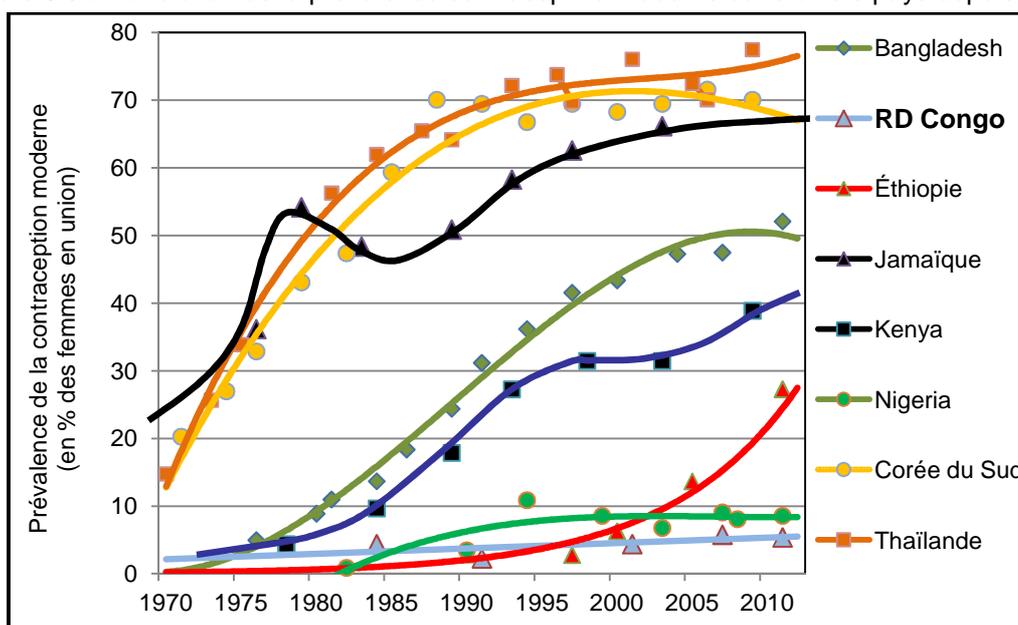
<sup>129</sup> L'expression « révolution contraceptive » apparaît dans la littérature scientifique des années 1970. L'article le plus récent sur le sujet, et qui concerne l'Afrique, est le suivant : John Cleland, *et al.*, « The contraceptive revolution: focused efforts are still needed », *The Lancet*, vol. 381, n° 9878 (11 mai 2013), p. 1604-1606.

<sup>130</sup> J.-P. Guengant et H. Rafalimanana, « The Cairo Approach : Making reproductive health and family planning programmes more acceptable or embracing too much? », Tours, IUSSP, 13-18 juillet 2005. Disponible en ligne : <http://iussp2005.princeton.edu/papers/50775>.

Voir aussi : [http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15\\_Guengant.pdf](http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf).

La rapidité de la progression de l'utilisation de la contraception moderne est illustrée pour quelques pays de traditions et de cultures très différentes, tels que la Thaïlande, la Corée du Sud, la Jamaïque, et le Bangladesh (figure 6.3.2). Cette rapidité contraste fortement avec la lenteur des évolutions observées dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, comme il est possible de le constater pour le Nigéria et la RDC. En Afrique de l'Est, le Kenya a mis en œuvre, dès les années 1960, un programme de planification familiale. Cependant, la trop grande dépendance par rapport aux financements extérieurs, et le soutien timide et irrégulier des autorités, ont, entre autres raisons, empêché ce programme de monter en puissance, et la prévalence de la contraception moderne y était d'environ 40 % en 2010. Cependant, pour la période récente, la prévalence de la contraception moderne a progressé dans plusieurs pays. Elle a, par exemple, fortement progressé au Rwanda ainsi qu'en Éthiopie, suite à la mise en œuvre de programmes dynamiques, initiés par les autorités, et s'appuyant sur des campagnes de sensibilisation fortes et des réseaux denses d'agents communautaires décentralisés.

Figure 6.3.2 : Évolution de la prévalence contraceptive moderne dans divers pays depuis 1970



Source : Nations Unies, Division de la population, Section de la fertilité et de la planification familiale, 2013.

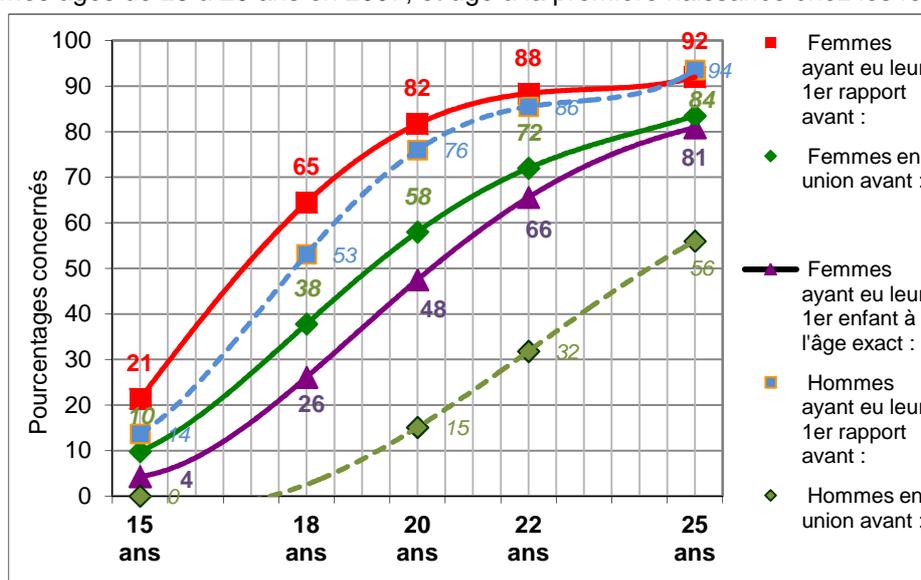
En résumé, le succès de la « révolution contraceptive » dans les pays émergents est le résultat de plusieurs facteurs, parmi lesquels il faut cependant citer l'engagement fort, continu et sans faille des autorités, des principaux acteurs publics (Ministres et hauts fonctionnaires), et de la société en général (industriels et commerçants, communautés académiques, personnalités culturelles et leaders religieux). Parallèlement, le soutien de la communauté médicale (gynécologues, médecins, sages-femmes, et infirmiers) en faveur de la planification familiale, ainsi que le développement de cliniques et de centres de consultation offrant des services de santé et de planification familiale, ont également joué un rôle important. Par ailleurs, l'engagement de personnalités du monde de la culture afin d'assurer la production et la large diffusion de messages culturellement adaptés en faveur de la famille réduite et de l'utilisation de méthodes modernes de contraception, a permis de « légitimer » la planification familiale, tout respectant la culture du pays. Ces expériences confortent les idées « diffusionnistes »<sup>131</sup>, selon lesquelles l'accélération de l'utilisation de la contraception nécessite des campagnes permanentes d'information, d'éducation, de communication (IEC), et de changement de comportement (CCC), accompagnées, bien entendu, de services de planification familiale qui soient à la fois accessibles, et de qualité.

<sup>131</sup> Pour les « diffusionnistes », la faiblesse de la pratique contraceptive et la forte fécondité dans certains pays ou groupes de populations, notamment les plus pauvres, est essentiellement imputable au fait que le contrôle de la fécondité est mal compris, et que les informations sur les méthodes contraceptives ne sont pas diffusées, ou le sont mal. Ils ne considèrent donc pas que la faiblesse des niveaux d'éducation et la pauvreté constituent des obstacles à la diffusion de la pratique contraceptive, et ne pensent donc pas non plus que l'augmentation des niveaux d'éducation soit un préalable à la diffusion de la pratique contraceptive. Voir J. Casterline, « Diffusion processes and fertility transition » dans J. Casterline, dir. *Diffusion Processes and Fertility Transition: selected Perspectives*, Washington D.C., National Academy Press, 2001, p. 1-38.

La faible utilisation de la contraception en RDC explique largement pourquoi les naissances y sont toujours précoces, peu espacées, nombreuses et tardives, d'où, comme il a déjà été vu précédemment en 3.4, les pourcentages très élevés de grossesses à risque observés (61 % pour l'ensemble des naissances et 78 % pour les femmes mariées). En RDC, l'entrée en vie sexuelle commence tôt, et bien avant le mariage ou l'entrée en union. C'est ainsi que selon les données de l'EDS 2007, parmi les femmes âgées de 25 à 29 ans au moment de l'enquête, une sur cinq (21 %) a déclaré avoir eu ses premiers rapports sexuels avant son 15<sup>e</sup> anniversaire, et deux sur trois (65 %), avant leur 18<sup>e</sup> anniversaire (figure 6.3.3). L'entrée en union intervient plus tard, une femme sur 10 ayant déclaré avoir été en union avant son 15<sup>e</sup> anniversaire, et plus d'une sur trois (38 %), avant son 18<sup>e</sup> anniversaire.

La première naissance intervient peu après, 4 % des femmes ont déclaré avoir eu leur premier enfant lorsqu'elles étaient âgées de 15 ans, et 26% lorsqu'elles étaient âgées de 18 ans, puis une sur deux (48%) lorsqu'elles étaient âgées de 20 ans. Ces pourcentages restent élevés, même s'ils ne figurent pas parmi les plus élevés enregistrés dans la région.

Figure 6.3.3 : Âge aux premiers rapports sexuels et à la première union chez les femmes et chez les hommes âgés de 25 à 29 ans en 2007, et âge à la première naissance chez les femmes



Source : *Enquête démographique et de santé, 2007*. Disponible en ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

La manière dont les âges aux premiers rapports sexuels et à la première naissance sont appréciés varie évidemment selon les pays, les cultures, et les groupes sociaux. Cependant, selon les études faites à ce sujet : « Du point de vue du développement physiologique du corps, il est reconnu de manière quasi universelle que les filles de 14 ans sont trop jeunes pour avoir des rapports sexuels, quelle que soit la manière dont elles jugent elles-mêmes, ou d'autres jugent que leur développement physique leur permet d'avoir des rapports sexuels »<sup>132</sup>, puis : « À 15-17 ans, les filles qui auront eu leurs règles relativement tôt (entre 11 et 13 ans) peuvent être considérées comme physiquement mûres, mais les autres qui se sont développées plus tardivement ne le seront pas », et enfin : « À 18 ans, la grande majorité des jeunes femmes auront achevé un degré de maturité physique suffisant pour réaliser leur transition » vers une vie sexuelle, puis plus tard vers leur première grossesse. Ces considérations ne portent que sur la maturité physique des jeunes filles, et ne prennent pas en compte leur aptitude psychologique ni les autres capacités indispensables pour avoir et élever un enfant. À l'évidence, l'âge aux premiers rapports sexuels et à la première naissance devraient être plus tardifs en RDC pour permettre aux jeunes congolaises (et à leurs partenaires ou maris) de se préparer à la lourde responsabilité d'élever leurs enfants dans les meilleures conditions possibles compte tenu du contexte dans lequel elles/ils vivent.

Chez les hommes, l'âge aux premiers rapports sexuels est plus tardif. Parmi les hommes âgés de 25 à 29 ans au moment de l'enquête, un sur six (14 %) a déclaré avoir eu ses premiers rapports sexuels avant son 15<sup>e</sup> anniversaire, un sur deux (53 %) avant son 18<sup>e</sup> anniversaire, et trois sur quatre (76 %) avant son 20<sup>e</sup> anniversaire.

<sup>132</sup> R. Dixon-Mueller, « How Young is "Too Young"? Comparative Perspectives on Adolescent, Sexual, Marital and Reproductive Transitions », *Studies in Family Planning*, New York, vol. 39, n° 4 (2008), p. 247-261.

avant leur 20<sup>e</sup> anniversaire (figure 6.3.3). Quant à l'entrée en union et le mariage, les hommes semblent, si l'on peut dire, « prendre leur temps » pour se décider, puisque seul un homme sur trois a déclaré avoir été en union avant son 22<sup>e</sup> anniversaire, et un sur deux (56 %) avant son 25<sup>e</sup> anniversaire.

La faiblesse de l'utilisation de la contraception et la forte fécondité en Afrique subsaharienne sont souvent attribuées à la prégnance des comportements natalistes et au poids des traditions, qualifiées de « pesanteurs socioculturelles ». Elles sont également souvent attribuées à la faiblesse des niveaux d'instruction et à la pauvreté. Les données disponibles à ce sujet ne confirment que partiellement ces interprétations.

Selon les résultats de l'EDS 2007, l'utilisation de la contraception, toutes méthodes confondues, chez les femmes, peu nombreuses, ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus élevé, était 2,5 fois plus élevée que chez celles qui n'avaient pas été scolarisées : 29,6 % contre 11,9 % (tableau 6.3.2). De même, les femmes appartenant au quintile le plus aisé de la population étaient 2,7 fois plus nombreuses à utiliser la contraception que celles appartenant au quintile le plus pauvre (38,5 % contre 14,3 %).

Tableau 6.3.2 : Utilisation, besoins, et demande exprimée de contraception par niveau d'éducation et quintile de richesse

Utilisation, besoins, et demande de contraception EDS 2007	Utilisation de la contraception (%)	Besoins non satisfaits (%)	Demande en Planification familiale (%)		Demande totale exprimée (%)	demande satisfaite (%)
			espacement	arrêt		
<b>Par niveau d'éducation</b>						
- Femmes non scolarisées	11,9	22,5	23,1	11,2	34,3	35
- De niveau primaire	18,3	26,1	31,1	13,3	44,4	41
- Secondaire ou plus	29,6	30,9	43,1	17,5	60,6	49
<b>Par quintile de richesse :</b>						
- Femmes les plus pauvres	14,3	27,3	32,0	9,6	41,6	34
- Très pauvres	15,0	25,5	28,7	11,9	40,6	37
- Pauvres	16,6	26,9	30,8	12,6	43,4	38
- Moyennes	22,2	27,2	33,4	16,0	49,4	45
- Aisées	38,5	28,0	44,1	22,4	66,6	58
<b>Ensemble</b>	20,6	26,9	33,3	14,2	47,6	43

Source : *Enquête démographique et de santé, 2007*. Disponible en ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

Toutefois, quel que soit le niveau d'éducation, les besoins non satisfaits en contraception étaient plus importants que les besoins satisfaits (c'est-à-dire l'utilisation de la contraception). Il en allait de même selon le quintile de richesse, sauf pour les femmes les plus aisées, chez qui l'utilisation de la contraception était plus importante que les besoins non satisfaits : 38,5 % contre 28 %, ce qui reste un chiffre élevé. Les femmes qui n'avaient pas été scolarisées et qui étaient les plus pauvres, restaient cependant discriminées, puisque chez elles, les besoins non satisfaits étaient deux fois plus importants que l'utilisation de la contraception.

Les différences entre catégories concernaient également la demande totale exprimée en contraception, ainsi que la couverture des besoins exprimés. La demande totale exprimée était en effet presque deux fois plus élevée chez les femmes les plus éduquées et chez les femmes les plus aisées (respectivement 60,6 % et 66,6 %) que chez les femmes non scolarisées et les plus pauvres (respectivement 34,3 % et 41,6 %). Mais, globalement, moins de la moitié (43 %) de la demande de contraception exprimée était satisfaite, et ce, il faut le rappeler, davantage par l'utilisation de méthodes traditionnelles, moins efficaces, que par des méthodes modernes. De nouveau, les femmes non scolarisées et les plus pauvres, restaient discriminées, puisque seul un tiers, environ, de leur demande exprimée, pourtant plus faible, était satisfaite, contre 49 % chez les femmes les plus éduquées et 58 % chez les femmes les plus aisées. Il est à noter toutefois que quelle que soit la catégorie considérée, environ 70 % de la demande exprimée l'était pour des raisons d'espacement, conséquence des normes sociales ainsi que du concept de « naissance désirables », qui s'est finalement aligné sur les normes sociales, dans un contexte nataliste. Cela a finalement favorisé l'espacement, qui a été opposé au libre choix en termes de taille de la famille, de la capacité affective et financière à bien éduquer ses enfants, etc.

La faible satisfaction de la demande exprimée chez les femmes les moins favorisées, peut s'expliquer par les difficultés (géographiques, financières, sociales, etc.) qu'elles rencontrent pour accéder aux services de santé reproductive et aux contraceptifs. Mais il faut souligner également la faiblesse de la demande totale de contraception exprimée par ces femmes : 41,6 % pour les plus pauvres, et 34,3 % pour les femmes non scolarisées, ce qui est très loin des 70 % à 85 % exprimés dans les pays émergents, toutes catégories de population confondues. Cela signifie que 30 à 40 % de ces femmes, n'avaient pas exprimé d'opinion vis-à-vis de la contraception alors qu'elles étaient directement concernées (puisque les femmes désirant être enceintes ou qui se croient stériles ne sont pas incluses dans ce calcul).

Il est possible d'émettre l'hypothèse que les Congolaises les moins favorisées n'ont pas encore toutes pris conscience de leur droit d'avoir, au moment où elles le veulent, le nombre d'enfants qu'elles jugent convenable par rapport à leurs souhaits et à leurs moyens. Ces femmes pourraient être dans le cas d'un double déni de leurs droits : un déni d'information et un déni de reconnaissance de leurs droits en matière de mariage et de procréation. Mais la faiblesse de la demande de contraception exprimée peut également être la conséquence de la forte demande d'enfants découlant de la valorisation sociale accordée aux femmes ayant de nombreux enfants.

Le nombre moyen idéal de 6,3 enfants donné par l'EDS 2007 restait en effet élevé, et ce davantage chez les femmes les moins favorisées. Les femmes n'ayant pas été scolarisées et celles qui appartenaient au quintile le plus pauvre, indiquaient en effet respectivement comme nombre idéal 7,2 et 7,0 enfants (tableau 6.3.3), tandis que pour les femmes les plus éduquées et les plus aisées, ce nombre idéal était respectivement de 5,6 et 5,2 enfants, soit presque 2 enfants de moins que précédemment. Ces chiffres restent cependant très élevés par rapport à ceux indiqués aujourd'hui par les femmes dans les pays émergents.

Tableau 6.3.3 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge, niveau d'éducation et quintile de richesse en 2007

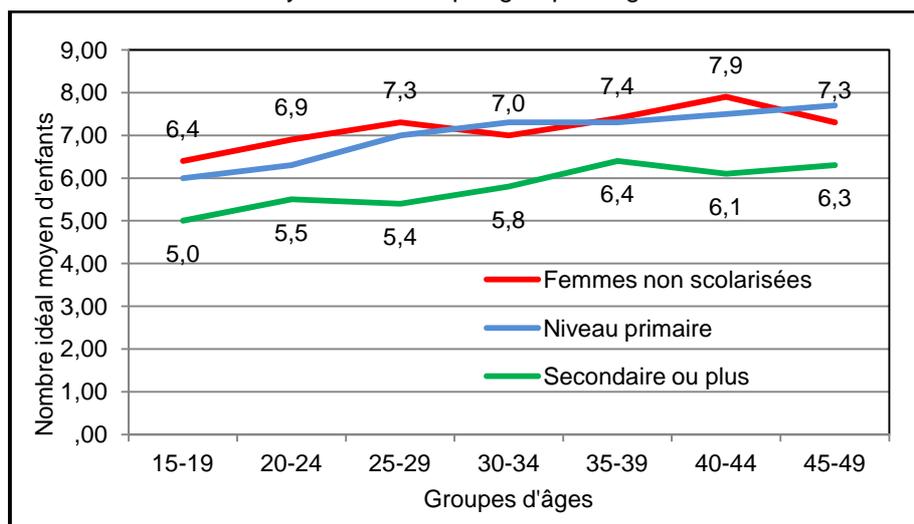
Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	Ensemble
<b>Par niveau d'éducation</b>								
- Femmes non scolarisées	6,4	6,9	7,3	7,0	7,4	7,9	7,3	7,2
- De niveau primaire	6,0	6,3	7,0	7,3	7,3	7,5	7,7	6,8
- Secondaire ou plus	5,0	5,5	5,4	5,8	6,4	6,1	6,3	5,6
<b>Par quintile de richesse</b>								
- Les plus pauvres	6,1	6,7	7,4	7,3	7,2	7,6	7,5	7,0
- Très pauvres	6,1	6,5	7,0	6,9	7,5	7,4	7,6	6,9
- Pauvres	5,6	6,3	6,4	6,9	7,5	7,5	7,1	6,6
- Moyennes	5,9	6,0	6,1	6,8	7,4	7,3	7,5	6,4
- Aisées	4,7	4,8	5,1	5,7	5,5	5,9	6,3	5,2
<b>Ensemble</b>	5,6	6,0	6,3	6,6	7,0	7,2	7,2	6,3

Source : *Enquête démographique et de santé, 2007*. Disponible en ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

Les résultats par groupe d'âge et niveau d'éducation et par quintile de richesse en 2007 mettent également en évidence des nombres moyens idéals d'enfants toujours élevés, y compris chez les jeunes femmes (tableau 6.3.3 et figures 6.3.4 et 6.3.5).

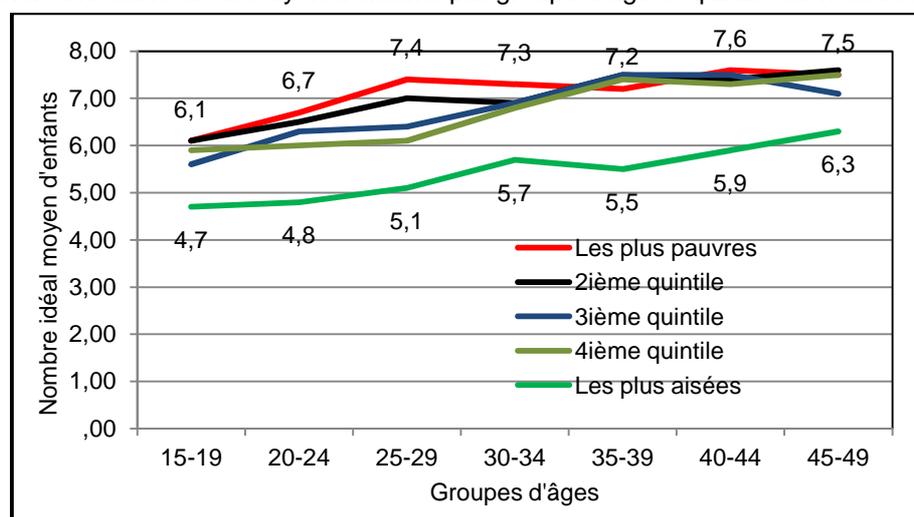
Une trentaine d'années sépare les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans lors de l'EDS 2007 et celles âgées de 45 à 49 ans (qui peuvent donc être considérées comme leurs mères). Les plus âgées ont commencé leur vie féconde au début des années 1970, et les plus jeunes au début des années 2000. Au cours de ces 30 années, le nombre moyen idéal d'enfants est passé de 7,2 enfants chez les femmes de 45-49 ans, à 5,6 enfants chez les femmes de 15-19 ans, soit une diminution de 1,6 enfant. Mais ce nombre moyen idéal de 5,6 enfants exprimé chez les jeunes femmes de 15-19 ans est élevé, et est de plus du double des nombres observés aujourd'hui dans les pays émergents. Il explique largement la fécondité toujours élevée des adolescentes et des femmes congolaises.

Figure 6.3.4 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge et niveau d'éducation en 2007



Source : *Enquête démographique et de santé, 2007*. Disponible en ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

Figure 6.3.5 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge et quintile de richesse en 2007



Source : *Enquête démographique et de santé, 2007*. Disponible en ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

Par niveau d'éducation, le nombre moyen idéal d'enfants donné par les femmes les plus éduquées était inférieur selon les âges, de un à deux enfants, à celui donné par les femmes non scolarisées. Mais il était toujours de 5 enfants chez les adolescentes les plus éduquées, et de 5,5 enfants chez les femmes de 20-24 ans. Par quintile de richesse, les écarts sont plus ou moins les mêmes, les jeunes femmes les plus aisées de 15-19 ans et de 20-24 ans indiquant un nombre idéal d'enfants de 4,7 et 4,8 enfants, contre 6,1 et 6,7 enfants pour les femmes les moins favorisées. Dans les pays émergents où la « révolution contraceptive » est quasiment achevée, des écarts similaires peuvent être observés, mais d'amplitude variable, selon le niveau d'éducation, le quintile de richesse et l'âge. Les nombres moyens idéals d'enfants se situent cependant depuis deux ou trois décennies entre 2 et 3 enfants.

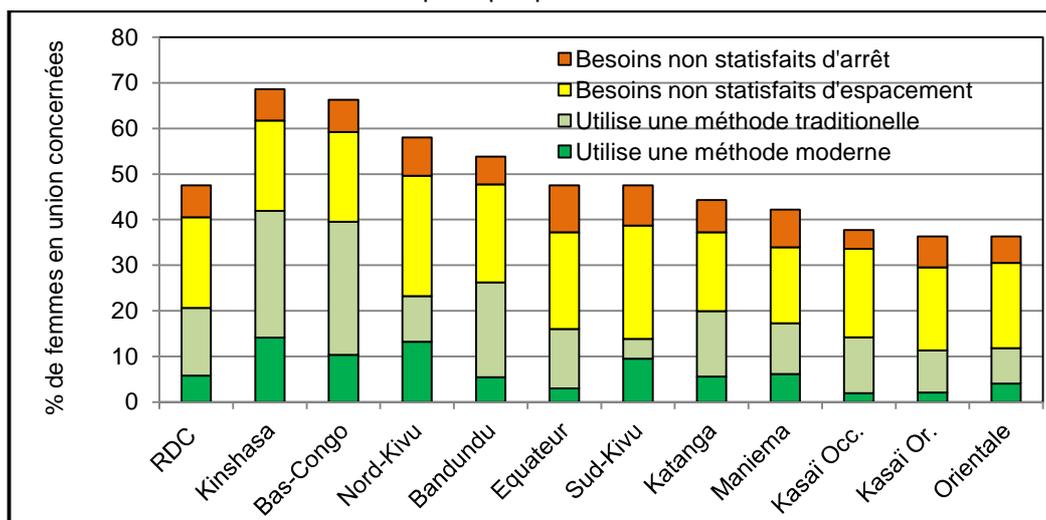
En RDC donc, les écarts entre catégories sont réels, mais les diminutions observées sont plus ou moins de même ampleur entre les femmes les plus éduquées et les femmes non scolarisées, ainsi qu'entre les femmes les plus aisées et les femmes les plus pauvres. Ces résultats indiquent que les progrès de l'éducation, l'amélioration du niveau de vie et « l'effet jeunesse » (les jeunes étant supposés vouloir moins d'enfants que leurs aînés) n'ont pas suffi à eux seuls à amorcer une maîtrise rapide de la fécondité et de la croissance démographique du pays.

Certes, l'amélioration du niveau d'éducation et du niveau de vie sont deux facteurs qui sont associés à l'augmentation de l'utilisation de la contraception, mais il s'agit là de déterminants socio-économiques et non de déterminants proches. On oublie souvent, à ce sujet, que l'augmentation de l'utilisation de la

contraception et la maîtrise de la fécondité supposent que des services de santé reproductive et des contraceptifs soient accessibles, et que l'environnement social et politique soit favorable. Ces deux conditions n'étaient pas, jusqu'à tout récemment, vraiment réunies en RDC. Ainsi, contrairement aux idées avancées par les « développementalistes » en 1974 à la conférence de Bucarest, l'amélioration des niveaux d'éducation et la progression du niveau de vie ne suffisent pas, à eux seuls, à enclencher une large utilisation de la contraception et une maîtrise de la fécondité. D'une part, ces améliorations prennent du temps, et d'autre part, l'éducation et l'amélioration du niveau de vie ne sont pas des contraceptifs, et ne remplacent pas l'absence ou l'insuffisance de services de santé reproductive.

En somme, l'accélération de l'utilisation de la contraception n'est pas garantie en RDC, d'autant plus que les défis à relever varient selon les provinces, tel qu'illustré par la figure 6.3.6 ci-dessous.

Figure 6.3.6 : Utilisation de la contraception, besoins non satisfaits et demande totale exprimée en contraception par provinces en 2007

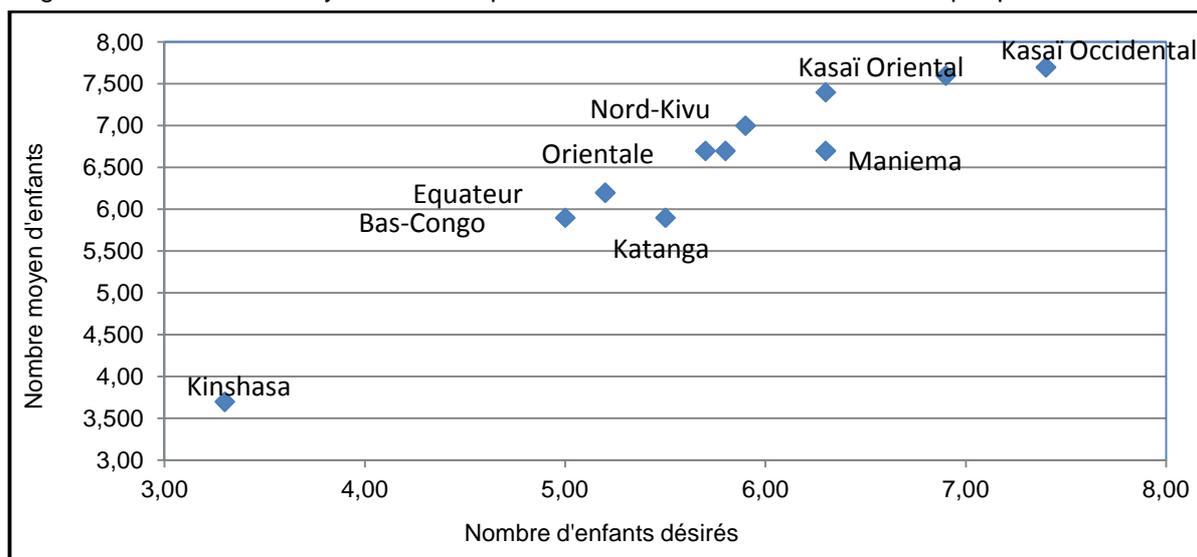


Source : *Enquête démographique et de santé, 2007*. Disponible en ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

Tout d'abord, selon les résultats de l'EDS 2007, les niveaux d'utilisation des méthodes modernes de contraception étaient variables, mais toujours faibles dans toutes les provinces. En comparaison de ces résultats, les résultats préliminaires de l'EDS 2013-2014 indiquent une progression de l'utilisation de la contraception moderne dans 8 provinces sur 11, et dans la plupart des provinces, au détriment de l'utilisation des méthodes traditionnelles. Cette progression est modeste, de 0,2 à 0,4 point de pourcentage par an, sauf dans le Bas-Congo, à Kinshasa et au Kasai Occidental, où les progressions sont respectivement de 1,1, 0,8, et 0,7 point de pourcentage par an. Mais au total, l'utilisation d'une méthode moderne de contraception restait inférieure à 20 % dans toutes les provinces en 2013-2014. Les données concernant la demande totale exprimée en contraception, qui ne sont disponibles que pour 2007, indiquent des différences marquées par provinces. La demande exprimée ne dépasse les 60 % qu'à Kinshasa et dans le Bas-Congo, deux provinces où la fécondité est la plus basse (voir 1.2), tandis qu'elle est faible, et inférieure à 50 % dans sept provinces. Il s'agit, comme l'indique la figure 6.3.7, de provinces où le nombre moyen d'enfants par femme en 2007 restait élevé, mais où, surtout, le nombre d'enfants désirés était également élevé et supérieur au nombre moyen d'enfants par femme. En fait, dans la plupart des provinces, les femmes ont un nombre moyen d'enfants proche du nombre élevé qu'elles désirent, ce qui souligne à nouveau, l'importance des normes sociales et culturelles en matière de reproduction, et l'importance qu'il convient d'accorder aux campagnes d'information, d'éducation, de communication (IEC), et de changement de comportement (CCC), parallèlement au développement de services de planification familiale accessibles et de qualité.

Dans tous les cas, il importe que le leadership du pays ainsi que l'ensemble de la population, soient réellement convaincus des multiples bénéfices qui peuvent être attendus aux niveaux national, provincial, familial et individuel, d'une diffusion rapide de la contraception, sur la base du libre choix de la taille de sa famille en fonction des souhaits de chacun. Cela suppose une acceptation réelle et non simplement de façade d'un certain nombre d'idées nouvelles différentes des normes dites « traditionnelles » au sein de la population, mais aussi parmi les élites.

Figure 6.3.7 : Nombre moyen d'enfants par femme et nombre désiré d'enfants par province en 2007



Source : *Enquête démographique et de santé, 2007*. Disponible en ligne : <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>.

La mise en œuvre du *Plan Stratégique National de Planification Familiale 2014-2020*, adopté en janvier 2014 suite à un processus participatif de consultation à la fois large et long, devrait permettre, d'ici 2020, ainsi que l'indique ce plan, d' « assurer une augmentation rapide et soutenue de l'utilisation de méthodes modernes efficaces de contraception par les femmes et les hommes congolais qui le souhaitent », et de contribuer ainsi à l'amélioration du bien-être de la population congolaise.

#### 6.4 Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?

L'estimation des coûts associés à la mise en œuvre des programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive est un exercice difficile. En effet, les services de planification familiale sont souvent intégrés dans des paquets de prestations de santé<sup>133</sup> dans le secteur public, et il est donc difficile d'en isoler le coût spécifique, surtout lorsque les sources de financement et les prestataires de services sont multiples, ce qui est le cas en RDC.

Trois approches sont généralement utilisées pour estimer les coûts associés aux programmes de planification familiale. La première approche, la plus simple, consiste à se limiter à estimer les coûts d'achat des produits contraceptifs, coûts auxquels est éventuellement ajouté un pourcentage variable pour la couverture d'autres dépenses. La deuxième approche consiste à évaluer les coûts du programme à partir des chiffres de « couple-année de protection ». Cette approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et les coûts associés à leur distribution aux utilisateurs. La troisième approche consiste à prendre l'ensemble des coûts associés à la fourniture de services de planification familiale, ce qui permet, en divisant ces coûts par le nombre d'utilisateurs, d'évaluer le « coût par utilisateur ». Cette dernière approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et l'ensemble des coûts de fonctionnement du programme, mais exclut les dépenses nécessaires à l'extension du programme.

Nous avons retenu cette dernière approche, plus globale, et nous avons donc essayé de calculer, dans le cas de la RDC :

1. Les nombres actuels et futurs d'utilisatrices/utilisateurs de planification familiale ;
2. Les types de méthodes utilisées, et l'évolution future de l'utilisation de chaque méthode ;
3. Le coût d'achat de chaque méthode, pour les méthodes dites « modernes » ;

<sup>133</sup> Futures Group, *Methods for Estimating the Costs of Family Planning*, Report of the Expert Group Meeting on Family Planning Costing, MEASURE Evaluation, novembre 2011. Disponible en ligne : [http://futuresgroup.com/resources/publications/methods\\_for\\_estimating\\_the\\_cost\\_of\\_family\\_planning#sthash.IE9jyp9e.dpuf](http://futuresgroup.com/resources/publications/methods_for_estimating_the_cost_of_family_planning#sthash.IE9jyp9e.dpuf).

4. Les autres coûts du programme, c'est-à-dire les coûts associés aux activités de planification familiale, en supposant que la plupart de ces activités sont « intégrées » dans les activités de santé en général.

Concernant les utilisatrices/utilisateurs, nous avons d'abord cherché à savoir quelle pourrait être, d'ici 2030, l'évolution du nombre d'utilisatrices/utilisateurs d'une méthode quelconque de contraception, en distinguant les utilisatrices/utilisateurs de méthodes modernes et les utilisatrices/utilisateurs de méthodes traditionnelles. Les calculs correspondants ont été faits pour chacune des trois hypothèses de diffusion de la contraception présentées en 1.3, à savoir :

1. L'hypothèse d'une diffusion lente de la contraception avec augmentation de la prévalence de 0,5 point de pourcentage par an à partir de 2014 ;
2. L'hypothèse d'une diffusion rapide de la contraception avec augmentation de la prévalence de 1,0 point de pourcentage par an à partir de 2014 ; et
3. L'hypothèse d'une diffusion très rapide de la contraception avec augmentation de la prévalence de 1,5 point de pourcentage par an à partir de 2014.

Tel qu'indiqué en 2.1, ces hypothèses sont toutes les trois associées à une diminution rapide de l'utilisation des méthodes traditionnelles au profit des méthodes modernes (voir le détail dans le tableau 2.1.1).

Les résultats obtenus en combinant les hypothèses de diffusion de la contraception et celle concernant l'évolution de la répartition des méthodes modernes et traditionnelles, sont présentés dans le tableau 6.4.1 ci-dessous.

Tableau 6.4.1 : Évolutions projetées du nombre d'utilisatrices/utilisateurs de méthodes contraceptives (en milliers) selon les hypothèses d'évolution de la prévalence chez les femmes en union entre 2013 et 2030

Méthodes	Modernes	Traditionnelles	Toutes méthodes	% méthodes modernes
Utilisatrices/teurs en 2013 (en milliers)	670	1283	1953	34 %
Hypothèse d'une diffusion lente de la contraception				
	+1,0 point par an	-0,5 point par an	+0,5 point par an	
Utilisatrices/teurs en 2020 (en milliers)	1672	1115	2787	60 %
Utilisatrices/teurs en 2030 (en milliers)	3789	637	4426	86 %
<i>Ratio 2020/2013</i>	2,5	0,9	1,4	
<i>Ratio 2030/2013</i>	5,7	0,5	2,3	
Hypothèse d'une diffusion rapide de la contraception				
	+1,5 point par an	-0,5 point par an	+1,0 point par an	
Utilisatrices/teurs en 2020	2 107	1 111	3 218	65 %
Utilisatrices/teurs en 2030	5 147	643	5 789	89 %
<i>Ratio 2020/2013</i>	3,2	0,9	1,7	
<i>Ratio 2030/2013</i>	7,7	0,5	3,0	
Hypothèse d'une diffusion très rapide de la contraception				
	+2,0 points par an	-0,5 point par an	+1,5 point par an	
Utilisatrices/teurs en 2020	2 536	1 118	3 654	69 %
Utilisatrices/teurs en 2030	6 506	643	7 150	91 %
<i>Ratio 2020/2013</i>	3,8	0,9	1,9	
<i>Ratio 2030/2013</i>	9,7	0,5	3,7	

Source : calculs de l'auteur.

Le nombre d'utilisatrices/utilisateurs de méthodes modernes augmente plus ou moins fortement, du fait de l'augmentation attendue du nombre de femmes en union ainsi que des hypothèses de prévalence retenues. Selon l'hypothèse de diffusion lente de la contraception, ce nombre est multiplié par 2,5 et passe de 670 000 en 2013, à 1,7 million en 2020. Selon l'hypothèse de diffusion rapide, il est multiplié par 3 et atteint 2,1 millions en 2020. Enfin, selon l'hypothèse de diffusion très rapide, il est

multiplié par près de 4 et atteint 2,5 millions en 2020. Il faut également noter que la diminution projetée de la prévalence des méthodes traditionnelles conduit tout d'abord, entre 2013 et 2020, à une diminution modeste (de 13 %) de leurs utilisatrices/utilisateurs, mais cette diminution s'accélère ensuite, et ces utilisatrices/utilisateurs ne seraient plus que 640 000 environ en 2030, soit deux fois moins qu'en 2013 où ils sont estimés à 1,3 million.

La multiplication par trois des utilisatrices/utilisateurs de méthodes modernes entre 2013 et 2020, selon l'hypothèse de diffusion rapide de la contraception moderne (+1,5 point de pourcentage par an), représente un défi important et ambitieux, qui marque une rupture avec la quasi-stagnation de l'utilisation de la contraception moderne observée ces dernières années. C'est également l'hypothèse qui a été retenue comme objectif spécifique dans le *Plan Stratégique National de Planification Familiale 2014-2020*, adopté en janvier 2014. Comme il vient d'être dit plus haut, cette hypothèse conduit à 2,1 millions d'utilisatrices/utilisateurs de méthodes modernes en 2020, et au delà, à 5,1 millions d'utilisatrices/utilisateurs en 2030, soit huit fois plus qu'en 2013.

C'est donc à partir des résultats obtenus pour l'hypothèse de diffusion rapide de la contraception moderne, que les coûts nécessaires à la mise en œuvre du *Plan Stratégique National de Planification Familiale 2014-2020* ont été estimés, à l'aide du modèle dit « GAP FP » développé par le *Futures Institute*<sup>134</sup>. Ce modèle permet en effet d'estimer, pour un pays, les besoins de financement associés à l'extension de l'utilisation de la planification familiale. Les coûts correspondants sont regroupés en quatre catégories : 1) les coûts d'achats de contraceptifs ; 2) les coûts de personnel ; 3) les frais généraux ; et 4) les frais de soutien au programme.

Les résultats obtenus par année et par catégorie, exprimés en dollars américains, découlent des estimations suivantes<sup>135</sup> :

1. Coûts d'achats des contraceptifs : ceux-ci ont été estimés à partir du nombre d'utilisatrices/utilisateurs de chaque méthode, multiplié par le nombre d'unités nécessaires par utilisatrice/utilisateur pendant un an (ou couple-année de protection CAP<sup>136</sup>), et par le coût de chaque unité. Les coûts unitaires retenus pour chaque méthode sont les prix à l'arrivée à Kinshasa tels qu'indiqués pour l'année 2012 dans la base de données de la *Reproductive Health Supplies Coalition*<sup>137</sup>. L'objectif du *Plan Stratégique* d'assurer l'accès et l'utilisation de méthodes contraceptives modernes pour au moins 2,1 millions de femmes (et d'hommes) d'ici 2020, correspond à une multiplication par trois du nombre d'utilisatrices/utilisateurs entre 2013 et 2020, et à une augmentation plus rapide de l'utilisation des méthodes de longue durée, telles qu'implants et contraceptifs injectables. Les besoins de financement correspondants s'élèvent à 54 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020.
2. Frais de personnel : à part le préservatif, ce sont surtout les infirmières qui conseillent et fournissent les méthodes contraceptives aux utilisatrices/utilisateurs, et ce dans des structures de santé qui généralement relèvent du secteur public, auquel elles appartiennent, mais qui sont souvent gérées par des partenaires privés, ou grâce à des fonds privés. Il est donc possible de supposer que la charge supplémentaire de travail qu'implique le triplement attendu du nombre d'utilisatrices/utilisateurs d'ici 2020 sera complètement absorbé par les personnels actuels des centres de santé. Mais il a paru plus réaliste d'estimer les coûts supplémentaires correspondants. Pour ce faire, nous avons utilisé les valeurs des « coûts de personnel pour la distribution des produits » estimés pour chaque méthode à partir d'expériences diverses selon le modèle GAP<sup>138</sup>, ce qui donne des frais supplémentaires de personnel de 47 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020.

<sup>134</sup> <http://www.futuresinstitute.org/>.

<sup>135</sup> Ces estimations, ainsi que les résultats et illustrations auxquels elles conduisent, sont tirées du document de la République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé Publique, *Planification familiale - Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020)*, Kinshasa, 10 janvier 2014, 48 p. Disponible en ligne : <http://advancefamilyplanning.org/sites/default/files/resources/Final%20Plan%20Strategique%20de%20PF%20%20Fev%20Ok.pdf>.

<sup>136</sup> Le couple-année de protection (CAP) mesure le nombre total d'années de protection contraceptive fournie à un couple, en fonction des diverses méthodes modernes de contraception utilisées : ainsi 13 cycles de pilules, et quatre injections, protègent un couple pendant une année, l'insertion d'un stérilet, pendant près de cinq ans, et l'insertion d'implants, entre deux ans et demi et près de quatre ans, selon les implants.

<sup>137</sup> La valeur de chaque importation de contraceptifs est exprimée en dollars américains, prix à l'arrivée à Matadi ou Kinshasa, hors taxes et frais de douane.

<sup>138</sup> M. Vlassoff, S. Singh, J. E. Darroch, E. Carbone et S. Bernstein, *Assessing the Costs and Benefits of Sexual and Reproductive Health Interventions*, rapport n° 11, décembre 2004, 116 p. Disponible en ligne : <http://www.guttmacher.org/pubs/2004/12/20/or11.pdf>.

3. Frais généraux : ceux-ci comprennent les coûts d'électricité, d'eau, de location et d'entretien des locaux, les frais d'administration, de gardiennage, etc., des structures de santé. Pour certains analystes, les surcoûts correspondant à l'extension des services de planification familiale dans des structures existantes peuvent être couverts par les budgets actuels, car il s'agit surtout de frais fixes qui, de toute façon, doivent être pris en charge. Mais, cette hypothèse n'est pas forcément réaliste, et ne tient pas compte de la nécessité de réhabiliter certains centres de santé. Nous avons donc estimé les frais généraux supplémentaires en utilisant un pourcentage, variable selon les méthodes de contraception, des frais de personnels calculés précédemment, tel que suggéré dans le modèle GAP. Nous sommes ainsi arrivés à une estimation des surcoûts en frais généraux liés à l'extension des activités en planification familiale de 51,5 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020.
4. Frais de soutien au programme : ceux-ci correspondent, dans le modèle GAP, à sept types d'activités destinées à améliorer le soutien aux objectifs du plan stratégique ainsi que l'efficacité des actions entreprises. Les besoins de financement correspondants ont été estimés à environ 13 millions de dollars par an, soit 90 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020. Ces besoins se répartissent entre les sept types d'activités retenus de la manière suivante :
  - a. Création d'un environnement politique et institutionnel favorable : coût annuel estimé à 400 000 dollars, correspondant à l'organisation de quatre réunions de haut niveau par an (impliquant Ministres, Ministres provinciaux ayant en charge la santé, parlementaires, médecins inspecteurs des provinces etc.), et à l'impression de divers documents (plaquettes, posters, etc.) ;
  - b. Formation des personnels de santé : coût annuel estimé à 4 millions de dollars, correspondant à la formation, tous les deux ans, de personnels de santé et d'agents communautaires dans les quelques 500 zones de santé du pays (le coût moyen d'une formation ayant été estimé à 16 000 dollars) ;
  - c. Renforcement du management : coût annuel estimé à un million de dollars, correspondant à la formation, tous les deux ans, de personnels administratifs dans les quelques 500 zones de santé du pays (le coût moyen d'une formation ayant été estimé à 10 000 dollars) ;
  - d. Actions de communication dans toutes les provinces, incluant des campagnes en faveur de la planification familiale : coût annuel estimé à 3,6 millions de dollars, correspondant à une campagne de sensibilisation d'au moins un mois tous les ans dans les 11 provinces, à raison de 300 000 dollars par province, plus 300 000 dollars pour des actions au niveau national ;
  - e. Recherches, publications, dissémination des résultats des recherches et des travaux d'évaluation : une somme forfaitaire d'un million de dollars par an a été provisionnée pour ces activités, qui correspondent à l'organisation de séminaires de restitution des résultats, à l'impression et à la dissémination des travaux de recherche, ainsi qu'à des actions auprès des médias ;
  - f. Logistique, mise en place d'un système de gestion logistique : une somme forfaitaire de deux millions de dollars par an a été provisionnée pour les activités correspondantes, qui comprennent la mise en place d'un système logistique performant et pérenne, ce qui prendra du temps et nécessitera probablement le recours à une expertise extérieure ;
  - g. Suivi et évaluation : une somme forfaitaire d'un million de dollars par an a été provisionnée pour ces activités, qui correspondent à la mise en place d'un système de suivi et évaluation efficace capable de produire rapidement des rapports annuels exhaustifs pour l'ensemble des résultats atteints par le plan stratégique.

Au total, les financements nécessaires à la réalisation du plan stratégique ont été estimés à 242 millions de dollars pour l'ensemble de la période 2014-2020. Si l'on exclut les frais de personnel et les frais généraux supplémentaires, en supposant que ceux-ci seront totalement absorbés par les structures existantes, les financements nécessaires s'élevaient à 144 millions de dollars. Comme dans tout exercice de prévision budgétaire, ces montants doivent faire l'objet de révisions périodiques et d'estimations plus fines que celles retenues initialement, en fonction de l'avancement du programme et des expériences acquises (tableau 6.4.2, et figure 6.4.1 ci-dessous).

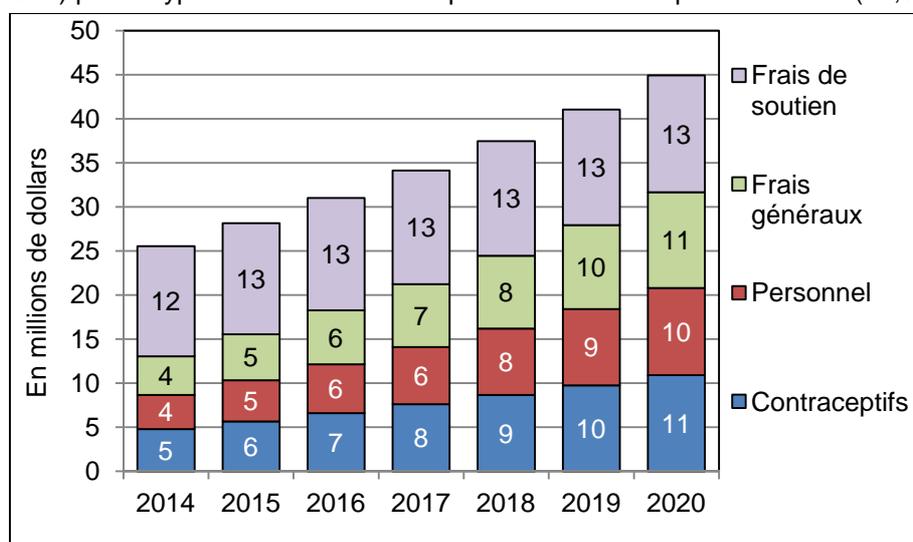
Tableau 6.4.2 : Coûts par composante (en millions de dollars américains 2012) associés au *Plan Stratégique National de Planification Familiale 2014-2020*, selon les hypothèses retenues

Années	Contraceptifs	Diffusion rapide de la contraception moderne			Total
		Personnel	Frais généraux	Frais de	

2014	4,762	3,907	4,373	12,493	25,535
2015	5,652	4,684	5,209	12,618	28163
2016	6,599	5,542	6,136	12,744	31,020
2017	7,600	6,488	7,158	12,871	34,117
2018	8,654	7,527	8,281	13,000	37,461
2019	9,758	8,663	9,511	13,130	41,062
2020	10,908	9,904	10,855	13,261	44,928
Total 2014-2020	53,933	46,715	51,522	90,117	242,287
En %	22,3 %	19,3 %	21,3 %	37,2 %	100,0 %
Contraceptifs plus frais de soutien	53,933			90,117	144,050
En %	37,4 %			62,6 %	100,0 %

Source : *Planification familiale - Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020)*.

Figure 6.4.1 : Évolution des coûts projetés par composante, de 2014 à 2020 (en millions de dollars américains 2012) pour l'hypothèse de diffusion rapide de la contraception moderne (+1,5 point par an)



Source : *Planification familiale - Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020)*.

Par ailleurs, les hypothèses retenues en termes d'évolution de la répartition des méthodes modernes utilisées, conduisent à des évolutions différentes du nombre d'utilisatrices/utilisateurs par méthode, évolutions qui sont détaillées dans le *Plan Stratégique National 2014-2020*. Il est à noter cependant que, compte tenu du triplement projeté du nombre d'utilisatrices/utilisateurs de méthodes modernes, les besoins en contraceptifs augmentent pour toutes les méthodes, mais moins rapidement pour les méthodes pour lesquelles est anticipée une utilisation moins importante, les préservatifs masculins en particulier, et plus rapidement pour les méthodes pour lesquelles est anticipée une utilisation en forte progression d'ici 2020, comme les implants.

L'ensemble des coûts nécessaires à la mise en œuvre du *Plan Stratégique National de Planification Familiale* nécessitera la mobilisation de tous les acteurs et partenaires au développement en RDC. Ces dernières années, les principaux contributeurs au financement des activités de planification familiale ont été l'USAID et le FNUAP. Ils devraient poursuivre leur soutien dans les années qui viennent, et être rejoints en 2013 et 2014 par d'autres bailleurs. Par ailleurs, le Ministère de la Santé Publique a commencé à contribuer à l'achat de contraceptifs, et cette contribution devrait s'accroître dans les années qui viennent.

Mais, au-delà des coûts de mise en œuvre du *Plan Stratégique National de Planification Familiale 2014-2020*, il faut souligner que la diffusion de la contraception entraîne également des bénéfices pour la population et pour le pays. Une étude sur la contribution de la planification familiale à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) réalisée en 2006, a estimé, pour 16 pays d'Afrique subsaharienne (mais non la RDC, qui n'était pas incluse), les coûts associés entre 2005 et 2015 à la satisfaction dans ces pays, d'ici 2020, des besoins de planification familiale non

satisfaits<sup>139</sup>. Cette étude utilise l'approche « coûts par couple-année de protection » avec un coût moyen de 11,20 dollars américains par « couple-année de protection ». Ce chiffre correspond au coût moyen trouvé pour cinq pays d'Afrique subsaharienne à la fin des années 1990, et il est deux fois plus élevé que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice/utilisateur trouvé pour la RDC en 2014, ce qui est normal puisque l'approche des coûts par « couple-année de protection » inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs ainsi que les coûts associés à leur distribution aux utilisatrices/utilisateurs. Cette étude donne également des estimations de « coûts par utilisatrice/utilisateur », en soulignant que ces coûts diminuent avec l'augmentation de la prévalence de la contraception, qui permet de réaliser des économies d'échelle. Pour l'Afrique subsaharienne, l'estimation du coût moyen par utilisatrice/utilisateur est de 28 dollars américains en 2005 et de 26,2 dollars américains en 2010, soit environ 5 fois le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice/utilisateur trouvé pour la RDC. Une étude plus récente du même auteur principal donne pour 2010 un coût moyen par utilisateur, pour l'Afrique, de 27,6 dollars américains, soit un chiffre voisin des estimations précédentes<sup>140</sup>. Ces deux estimations sont finalement très proches du coût moyen de 30 dollars américains trouvé pour la RDC pour 2014, et qui correspond à 5,3 fois le coût d'achat des contraceptifs, comme l'indique le tableau 6.4.2.

Outre ces estimations de « coûts par couple-année de protection » et de « coûts par utilisateur », l'étude de 2006, donne également une idée des « coûts-bénéfices » qui peuvent être attendus de la mise en œuvre de programmes de planification familiale dans 16 pays d'Afrique subsaharienne (la RDC n'en faisant malheureusement pas partie). Elle calcule ainsi, pour ces pays, les économies réalisées du fait de la croissance moins rapide du nombre d'enfants de moins de 10 ans entre 2005 et 2015, en comparant les résultats d'une hypothèse de maintien de l'utilisation de la contraception au dernier niveau connu, avec ceux d'une hypothèse d'augmentation rapide correspondant à la satisfaction, en 10 ans, des besoins non satisfaits (ce qui correspondrait, pour la RDC, à une progression moyenne de l'utilisation de la contraception, toutes méthodes confondues, de plus de 2 points de pourcentage par an, c'est-à-dire supérieure à la progression obtenue selon l'hypothèse de diffusion rapide retenue dans le plan stratégique). Ces gains, qui ont été calculés pour l'éducation, les vaccinations, l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme, apparaissent environ 5 fois plus importants, en 10 ans, que les dépenses supplémentaires nécessitées par l'augmentation de la prévalence de la contraception. Environ 80 % des économies réalisées le sont dans l'éducation, la santé maternelle, et les vaccinations. Ce ratio « coût-bénéfice » de cinq, signifie qu'un investissement supplémentaire dans la planification familiale doit être considéré comme un investissement avec des retours très importants, à la fois à court et à long terme, ainsi que comme un investissement qui facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

---

<sup>139</sup> S. Moreland et S. Talbird, *Achieving the Millennium Development Goals: the contribution of fulfilling the unmet need for family planning*, Washington, D.C., USAID, mai 2006, 77p. Disponible en ligne : <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINAL.pdf>.

<sup>140</sup> S. Moreland, E. Smith et S. Sharma, *World Population Prospects and Unmet Need for Family Planning*, Washington, D.C., Futures Group, avril 2010 (révisé en octobre 2010), 68 p. Disponible en ligne : [http://www.futuresgroup.com/files/publications/World\\_Population\\_Prospects.pdf](http://www.futuresgroup.com/files/publications/World_Population_Prospects.pdf).

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les divers éléments contenus dans ce document n'ont pas d'autre objectif que de permettre d'approfondir encore davantage, les réflexions en cours sur les politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique de la RDC afin de réduire la pauvreté.

Que faut-il en retenir ? Tout d'abord, que les débats entre les partisans du « tout planning familial » et ceux pour qui « le développement est le meilleur contraceptif » sont dépassés dans le contexte africain et mondial actuel. Il n'y a pas de solution démographique aux problèmes de développement, que ce soit en RDC ou ailleurs. Mais le meilleur contraceptif n'est pas non plus le développement. Comme le montre l'histoire des pays considérés aujourd'hui comme développés, ainsi que l'expérience plus récente des pays émergents, il n'y a pas de développement sans maîtrise progressive de la croissance démographique, et donc, sans transition démographique. Il n'existe pas d'exemple de pays qui se soit développé avec une fécondité se maintenant entre 5 et 7 enfants par femme sur longue période. Ainsi, parmi les 10 pays « en développement » du G20, tous sauf un (l'Argentine) comptaient entre 6 et 7 enfants par femme au début des années 1960. En 2005-2010, cependant, ce chiffre n'était plus que de 1,5 à 3 enfants par femme. Ces pays, ainsi que la plupart des pays qualifiés aujourd'hui d'émergents, ont en effet développé l'information sur la planification familiale ainsi que l'accès aux services correspondants, et ont ainsi pu réaliser leur « révolution contraceptive » et arriver à de meilleurs rapports entre les genres en un temps relativement court. Par ailleurs, la maîtrise progressive de la fécondité a constitué, dans ces pays, un levier favorisant leur développement, en leur permettant de bénéficier du premier dividende démographique et en faisant de leur jeunesse nombreuse un atout pour leur développement. Mais pour arriver à ce résultat, ces pays ont simultanément mis en œuvre des politiques, plans et programmes visant à : a) améliorer leur capital humain (éducation et santé) ; b) augmenter l'épargne et les investissements ; c) promouvoir la bonne gouvernance ; d) créer des emplois ; et d) accélérer leur transition démographique grâce à une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception.

La non-maîtrise de la fécondité en RDC a conduit, comme il a été vu précédemment, au maintien d'une croissance démographique de près de 3 % par an pendant plusieurs décennies. Une telle croissance démographique est difficilement soutenable. Dans ce cas, en effet, l'importance des sommes nécessaires pour faire face, simplement, à l'augmentation continue du nombre des accouchements et des effectifs d'enfants à vacciner et à scolariser, réduit d'autant la capacité de l'État à investir dans d'autres domaines, comme par exemple le développement des infrastructures, la diversification de l'économie, et l'amélioration des services à la population (sécurité, transports, accès internet, éducation, santé, etc.).

La RDC est un vaste pays doté de ressources naturelles considérables, et l'ambition de peupler son territoire est une ambition légitime. Cette ambition se réalisera de toute façon dans un avenir plus ou moins proche. La population de la RDC atteindra en effet les 100 millions d'habitants vers 2030, et continuera ensuite à s'accroître. Selon les projections réalisées dans le cadre de cette étude, la population de la RDC devrait se situer entre 140 et 185 millions d'habitants en 2050, selon l'hypothèse considérée. Et pour 2100, les projections de la Division de la population des Nations Unies donnent, pour la RDC, une population de 262 millions d'habitants si la fécondité était alors de 2 enfants par femme en moyenne ; de 380 millions d'habitants si la fécondité était de 2,5 enfants par femme ; et de 1,2 milliard d'habitants si la fécondité restait de 6,0 enfants par femme jusqu'en 2100. Il faut rappeler ici que la Chine, avec une superficie de 9,7 millions de kilomètres carrés (contre 2,3 millions pour la RDC), a mis près 500 ans pour passer de 84 millions d'habitants vers 1500 (chiffre voisin de la population actuelle de la RDC), à un milliard d'habitants en 1982, et à 1,4 milliard aujourd'hui. Il est a priori plus facile, pour un pays, de s'adapter, d'un point de vue agricole, sociétal, etc., à une multiplication de sa population par 12 en cinq siècles, que de s'adapter à une telle multiplication en moins d'une centaine d'années. Cette perception du « *temps historique* » est généralement ignorée dans les jugements portés sur les interrelations entre phénomènes économiques et phénomènes démographiques.

La première question fondamentale qu'il convient donc de se poser concernant le peuplement de la RDC, n'est pas de savoir si la population congolaise va continuer à augmenter, mais de s'interroger sur le rythme de sa croissance future. La deuxième question fondamentale concerne la capacité du pays à consentir, dans les années et décennies qui viennent, les investissements démographiques (en matière de santé, d'éducation, d'emplois, de logements, d'aménagement urbain et rural, etc.) associés à des croissances plus ou moins rapides de sa population.

Il faut souligner à nouveau que les niveaux élevés de fécondité en RDC sont associés à de très fortes proportions de grossesses à risque. Il ne sera pas possible d'arriver rapidement à une diminution de la mortalité maternelle et de la mortalité des enfants, ni d'éviter le drame de la malnutrition chronique chez les enfants, si lourde de conséquences pour leur avenir, sans réduction des grossesses à risque. Cette réduction passe par une utilisation plus importante de la contraception, ce qui correspond à un besoin exprimé par nombre de femmes congolaises. Certes, l'augmentation des niveaux d'éducation et la réduction des inégalités vont contribuer, à terme, à la réduction des comportements à risques. Mais l'éducation *per se* n'est pas une méthode contraceptive, et le développement non plus. L'augmentation de l'utilisation de la contraception suppose des services de santé reproductive de qualité et facilement accessibles. Mais, elle passe aussi par un changement des normes et des valeurs en matière de reproduction. Tout se passe actuellement, en effet, comme si les femmes congolaises, en particulier les femmes mariées, devaient procréer autant que faire se peut, pendant toute leur vie féconde, pour répondre à des normes sociales, qui d'ailleurs, ne correspondent plus totalement à la réalité de la RDC d'aujourd'hui. Le « bien-être familial », la contraception, ce n'est pas la limitation des naissances, c'est au contraire avoir des enfants sains et capables d'apprendre et de réussir. Avoir des enfants doit ainsi continuer de rester un événement heureux pour les femmes et les familles congolaises. Mais tout ne se passe pas toujours de manière idéale. Avoir des enfants comporte en effet des risques, qu'il convient d'anticiper en planifiant la venue au monde de ces enfants, et suppose aussi pour les parents (biologiques ou au sens large) qu'ils assument leurs responsabilités de nourrir et éduquer « leurs enfants ». C'est pourquoi, la progression insignifiante de l'utilisation de la contraception depuis 1991 n'est pas acceptable.

Il faut se féliciter, à ce sujet, de l'adoption en janvier 2014 par le Ministère de la Santé Publique, d'un *Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020)* en matière de planification familiale, avec comme objectif général, d'ici 2020, d'« assurer une augmentation rapide et soutenue de l'utilisation de méthodes modernes efficaces de contraception par les femmes et les hommes congolais qui le souhaitent », et de contribuer ainsi à l'amélioration du bien-être de la population.

Il conviendra de veiller à la mise en œuvre de ce plan, mais aussi à l'intégration de ses objectifs dans les autres politiques, plans et programmes ayant un rapport avec la population. Les domaines concernés sont nombreux, et il faut souligner que la plupart de ces politiques, plans et programmes, arriveront à leur terme en 2015, et que leur révision devra également tenir compte des Objectifs de développement durable<sup>141</sup>, qui seront adoptés fin 2015 pour faire suite aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). C'est le cas en particulier du *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015*, et de la deuxième *Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2011-2015*.

Dans ce contexte plus favorable à la prise en compte de la dimension démographique du développement, nous prenons le risque de soumettre à l'appréciation des autorités, de la société civile, et des partenaires techniques et financiers de la RDC, quelques recommandations.

Il conviendrait d'abord, à la lumière des dernières données disponibles et des publications les plus récentes, de procéder à un réexamen critique, mais objectif, concernant :

- Les relations entre population et développement ;
- Le contenu du plaidoyer actuel « population-développement » en direction des leaders ;
- La politique de population ; les politiques, plans et programmes en matière de santé, de santé reproductive, et de sécurisation des produits de santé reproductive ; les politiques sectorielles ; et les stratégies de développement ;
- La répartition explicite et implicite des rôles de chaque acteur (public, ONG, privé, partenaires) dans les domaines de la population, de l'information et des services de planification familiale ;
- Les campagnes de sensibilisation menées jusqu'ici concernant la planification familiale, ainsi que le contenu des messages diffusés ;
- Le fonctionnement des services en matière de planification familiale.

Suite à ce réexamen, les actions suivantes pourraient être envisagées pour 2014 et 2015 :

1. La réalisation et la publication de nouvelles projections nationales de population à moyen terme (2050 par exemple) s'appuyant sur les résultats de l'*EDS 2013-2014*, selon plusieurs

---

<sup>141</sup> Nations Unies, L'avenir que nous voulons, Rio+20, Conférence des Nations Unies sur le développement durable, Rio de Janeiro, 20-22 juin 2012, p.52-54. Disponible en ligne : [http://www.uncsd2012.org/content/documents/775futurewewant\\_french.pdf](http://www.uncsd2012.org/content/documents/775futurewewant_french.pdf).

hypothèses permettant d'éclairer l'importance du facteur population pour les nombreux secteurs concernés (santé, éducation, aménagement rural et urbain, emploi, agriculture, etc.). Les projections ne sont que des outils, et elles doivent être révisées périodiquement, de sorte qu'il n'apparaît pas nécessaire, selon nous, d'attendre les résultats du prochain recensement de la population. Ces derniers ne seront en effet disponibles qu'en 2017, au plus tôt, or entre-temps, comme nous l'avons dit, la plupart des politiques, plans et programmes sectoriels devront être révisés. Il est donc important que les nouveaux documents qui les remplaceront intègrent, à partir de projections nationales, la dimension démographique dans leur programmation, en tenant compte à la fois de l'augmentation des sous-populations concernées, et des retards de couverture à combler ;

2. L'organisation de plusieurs rencontres ou séminaires (aux niveaux national et provincial), sur le thème « population et développement », afin de réexaminer la situation de la RDC à la lumière des publications des 15 dernières années et des connaissances nouvelles acquises à ce sujet au niveau international (présentées et citées en 4.1 et 4.2) ;

3. L'intégration effective des résultats des projections de population dans les nouvelles politiques sectorielles devant être préparées en 2015, en particulier pour ce qui est des documents qui feront suite au *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015*, et à la deuxième *Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR 2) 2011-2015* ;

4. La réalisation de nouveaux outils de plaidoyer sur le thème « population et développement », afin de convaincre le leadership du pays de l'urgence de la prise de décisions concernant : a) la nécessité d'accélérer la maîtrise de la fécondité en RDC afin de ne pas compromettre ses chances d'arriver à un développement durable ; et b) la nécessité de diminuer le nombre des grossesses à risque, qui coûtent cher au pays et aux familles. Ces outils de plaidoyer doivent viser à « légitimer » la planification familiale, dans le respect général de la culture du pays, et en tenant compte des résistances actuelles à une large diffusion de la contraception ;

5. Le lancement de plusieurs actions de sensibilisation (en utilisant en particulier les nouveaux outils de plaidoyer développés) au niveau du Gouvernement, des parlementaires, des universitaires, des élites, des leaders d'opinion et des personnalités du monde culturel ;

6. L'élaboration, en collaboration avec les personnels de santé, d'un *Guide* ou *Manuel d'autoformation* dans le domaine de la santé reproductive, à l'intention de ces personnels, et qui serait testé sur le terrain avant sa finalisation<sup>142</sup> ;

7. La préparation, puis le lancement, d'une campagne nationale multimédia de communication en continu, visant à promouvoir la satisfaction des besoins de contraception non satisfaits, l'adoption de nouvelles normes culturelles en matière de reproduction, et le libre choix informé des femmes en matière de reproduction. La possibilité de recruter, comme cela s'est fait dans d'autres pays, des jeunes femmes mariées, formées comme visiteuses et conseillères familiales, et chargées de faire du porte à porte pour connaître les besoins des femmes et encourager celles qui en exprimeraient le besoin, à se rendre dans un centre de santé ou une structure appropriée, pourrait également être envisagée.

Pour conclure, rappelons les propos de Thabo Mbeki dans sa préface à l'ouvrage précité, « Afrique 2025. Quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara ? », car ces propos s'appliquent également à la RDC :

*« Dans le monde actuel, le Ciel ne garantit pas à l'Afrique que ses entreprises seront couronnées de succès. Il n'y a pas non plus de forces surnaturelles qui nous condamnent à l'échec. Ce qui adviendra au cours des vingt et quelques prochaines années, dépendra de ce que nous, Africains, ferons ».*

---

<sup>142</sup> Ce guide pourrait s'inspirer de A. S. Damane, O. B. Caman, J.-P. Guengant, *Guide de sensibilisation en matière de santé de la reproduction*, N'Djamena, Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération, Direction de la coordination des activités en matière de population (DCAP), octobre 2004, 145 p.